

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL

**Avaliação do impacto económico do receituário
devolvido para as farmácias comunitárias:
contribuição da DCI, do CNPEM e das
justificações técnicas**

José Luís Lopes

Coimbra, maio de 2014

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA

Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

Avaliação do impacto económico do receituário devolvido para as farmácias comunitárias: contribuição da DCI, do CNPEM e das justificações técnicas

Aluno: José Luís Lopes

Orientadora: Carmen Sofia Monteiro

Co-orientador: João José Joaquim

Coimbra, maio de 2014

Agradecimentos

Neste espaço, quero deixar expressa a minha gratidão a algumas pessoas e entidades, que de uma forma ou de outra, contribuíram especialmente para que fosse possível a conclusão desta etapa. É meu dever agradecer:

- à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e, em particular, ao Departamento de Farmácia, por me disponibilizarem a oportunidade de aprofundar conhecimento e evoluir profissionalmente, através da criação do Mestrado em Farmácia – Especialização em Farmacoterapia Aplicada.
- às farmácias do concelho de Coimbra, nomeadamente às farmácias que aceitaram participar no estudo, que permitiram a realização desta investigação.
- a todos os colegas da Farmácia Oliveirense, em especial ao Dr. Manoel Sá, por me darem o suporte necessário à realização deste mestrado.
- a toda a minha família, nomeadamente aos meus pais e irmãos, a quem devo tudo o que sou hoje.
- aos meus amigos e colegas de mestrado, João Tomás e Cristiano Matos, pela partilha e companheirismo demonstrados, desde o início do meu percurso académico.
- à minha namorada, Rute Domingues, por me fazer acreditar que era possível, quando tudo fazia prever o contrário.
- à professora Maria Clara Rocha, pela disponibilidade e pela transmissão de conhecimentos estatísticos.
- ao meu co-orientador, professor João José Joaquim, pelas constantes oportunidades de crescer como profissional.
- à minha orientadora, Dra. Carmen Sofia Monteiro, a quem agradeço profundamente, pela total disponibilidade, pela prontidão impressionante e pelo enorme interesse demonstrados desde o primeiro minuto e que, dessa forma, tornou possível a realização deste trabalho.

O júri

Presidente

Mestre João José Morais Joaquim

professor adjunto do Departamento de Farmácia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra/IPC

Professora Doutora Ana Cláudia Barreira Nunes

professora adjunta na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

Dr. António Jorge Lopes de Almeida Loureiro Salvador

farmacêutico, chefe do núcleo de acordos e receituário da Associação Nacional das Farmácias, Lisboa

Mestre Carmen Sofia Monteiro

farmacêutica adjunta, farmácia Luciano e Matos, Coimbra

Resumo

Introdução: Em Portugal, as farmácias comunitárias vêem-se envolvidas pelos tentáculos da crise que abala não só o país, a Europa mas o globo inteiro. A Farmácia sofreu inúmeras alterações nos últimos anos, fruto das sucessivas alterações legislativas, das quais se destacam: a implementação da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e através do Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), o recurso a justificações técnicas pelos prescritores, entre outras. A devolução do receituário às farmácias, por parte do Centro de Conferência de Faturas (CCF), constitui mais um obstáculo à gestão financeira das próprias farmácias. O objetivo do estudo passa por avaliar a extensão na qual a implementação das medidas referidas tem afetado o processo de dispensa do medicamento e contribuído para a devolução do receituário às farmácias.

Metodologia: Através de um estudo descritivo-correlacional longitudinal, foi entregue um questionário a cada uma das cinquenta farmácias pertencentes ao concelho de Coimbra. O questionário foi enviado para a morada do autor, através de envelope sem remetente, de modo a assegurar o anonimato dos dados. Software: Microsoft Excel 2010® e SPSS 20.0®. Testes estatísticos: Friedman, Rho de Spearman, Wilcoxon e U de Mann-Whitney (nível de significância=0,05).

Resultados: A taxa de resposta foi de 58%. As diferenças detetadas entre os meses em análise revelaram um maior impacto das devoluções em setembro de 2013, que se deve, principalmente, à menção das justificações técnicas, mas também à recente implementação do CNPEM. As exceções têm aumentado o número de medicamentos pagos por inteiro pelo utente. A redução da média do valor não processado pelo CCF, verificado em março de 2013, pode querer dizer que a DCI veio reduzir o impacto das devoluções. Os valores médios não processados pelo CCF apresentam um impacto significativo para a gestão financeira das respetivas farmácias. No entanto, as farmácias conseguem recuperar grande parte do valor não processado, após a correção e o reenvio das prescrições devolvidas. Porém, é de assinalar o tempo despendido pelos profissionais durante este procedimento. Os erros mencionados com maior frequência como origem de devoluções, ao longo dos três meses analisados, foram: o C024 e o D999, ambos relacionados com o preço dos medicamentos e associados a diferenças de interpretações quanto às regras de dispensa, por parte das farmácias e do CCF. Nenhum dos erros colocou em risco a saúde dos utentes.

Conclusão: A DCI poderá estar na origem da redução do número de prescrições devolvidas. O CNPEM, dada a recente implementação, contribuiu para o aumento do número de devoluções. No entanto, esta influência inicial poderá deixar de ter tradução no futuro. A menção de justificações técnicas tem criado dificuldades ao processo de dispensa de medicamentos e tem contribuído ativamente para o aumento do impacto económico provocado pela devolução do receituário. Todavia, prevê-se também a redução do impacto do receituário devolvido devido à menção de justificações técnicas.

Palavras-chave: farmácia comunitária, CCF, DCI, CNPEM, justificações técnicas.

Abstract

Introduction: Portuguese community pharmacies were already involved by the tentacles of the crisis that affects not only the country, but also Europe and the entire globe. Pharmaceutical sector have experienced numerous changes in recent years, as a result of successive legislative amendments, which can be noted: the implementation of International Non-Proprietary Name (INN) prescription, the introduction of prescription by National Code for the Electronic Prescription of Medicines (NCEPM) and the use of technical justifications by physicians. The return of prescriptions to pharmacies, by the Conference Center of Bills (CCB), represents an additional obstacle on the financial management of the pharmacies. The objective of the study involves assessing the extent in which the implementation of the measures referred have affected the drug dispensing process and contributed to the return of prescriptions to pharmacies.

Methodology: Through a longitudinal descriptive-correlational study, a questionnaire was delivered to each one of the fifty pharmacies belonging to the municipality of Coimbra. The questionnaire was sent to the address of the writer, by blank envelope, to ensure data confidentiality. Software: Microsoft Excel 2010® and SPSS 20.0®, for Windows. Statistical tests: Friedman, Spearman's Rho, Wilcoxon and Mann-Whitney (significance level=0.05).

Results: The response rate was 58%. The differences detected between the months under analysis showed a bigger impact of returns in September 2013, which was mainly due to the indication of technical justifications, but also to the recent implementation of NCEPM. The mention of exceptions have increase the number of drugs paid entirely by the user. The reduction in the mean value not paid by CCB, recorded in March 2013, could mean that INN prescription has reduced the impact of returns. Mean values not processed by CCF have a significant impact on financial management of pharmacies. However, pharmacies can recover much of the value not processed by CCB, after correction and resend of returned prescriptions. Nonetheless, it should be noted the time spent by professionals during this procedure. The errors most frequently mentioned as a source of returns over the three months analysed were: C024 and D999, both related to drug's prices. Patient's health was not affected by the errors.

Conclusions: INN prescription may have caused the reduction of the number of returned prescriptions. NCEPM, due to recent implementation, contributed to increase the number of returns. However, this influence may have no consequences in the future. Indication of technical justifications has created difficulties in medicines dispensing process and has actively contributed to increase the economic impact caused by the return of prescriptions to the pharmacies. Nevertheless, it is also expected the reduction of the impact of returned prescriptions due to the mention of technical justifications.

Keywords: community pharmacy, CCB, INN, NCEPM, technical justifications.

Índice

Agradecimentos	iii
O júri	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Índice de figuras	ix
Índice de tabelas	x
Lista de siglas e abreviaturas	xi
Lista de símbolos	xii
Introdução.....	1
Crise	2
Circuito das prescrições	4
Centro de Conferência de Faturas	4
A evolução da receita médica	6
Prescrição eletrónica	6
Denominação Comum Internacional	7
Justificações técnicas	8
Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos	8
Erros de medicação e as consequências para o utente	9
Objetivos do estudo.....	10
Questões de investigação	10
Metodologia.....	11
População e amostra	11
Desenho do estudo.....	11
Recolha dos dados	12
Análise estatística	13
Considerações éticas	14
Resultados.....	15
A DCI, o CNPEM, as justificações técnicas e o processo de dispensa de medicamentos	15
Receitas dispensadas e valor faturado ao SNS.....	18

Receitas devolvidas e valor não processado pelo CCF	19
Motivos de devolução do receituário	20
Receitas manuais	22
Receitas devolvidas “irrecuperáveis” e valor correspondente.....	22
Receitas devolvidas “recuperáveis” e valor correspondente	23
Impacto económico do receituário devolvido	24
Conferência do receituário e quantificação do erro	27
Implicações das prescrições devolvidas	28
Caracterização da farmácia média	29
Discussão.....	30
Coimbra, um concelho com uma rede de farmácias heterogénea	30
A DCI, o CNPEM e as justificações técnicas no processo de dispensa de medicamentos	31
Relação da DCI, das justificações técnicas e do CNPEM com o receituário devolvido	34
Motivos de devolução das prescrições	35
Prescrições manuais	39
Influência da conferência do receituário e da quantificação do erro no número de prescrições devolvidas	39
Impacto económico do receituário devolvido	40
Implicações das prescrições devolvidas.....	41
Recursos humanos	41
Os utentes e a imagem da farmácia	42
Limitações do estudo.....	43
Originalidade do estudo e suas implicações	43
Conclusão.....	43
Referências.....	46
Anexo 1 – Questionário distribuído às farmácias	47

Índice de figuras

Gráfico 1: A influência da DCI e do CNPEM no ato da dispensa de medicamentos	15
Gráfico 2: A influência das exceções no ato da dispensa de medicamentos.....	15
Gráfico 3: A influência da DCI e do CNPEM no tempo de correção das prescrições	15
Gráfico 4: A influência da DCI e do CNPEM no número de receitas não dispensadas pelo profissional de farmácia	16
Gráfico 5: A influência das exceções no número de receitas não dispensadas pelo profissional de farmácia	16
Gráfico 6: A influência da DCI e do CNPEM no pagamento de medicamentos por inteiro por parte do utente	17
Gráfico 7: A influência das exceções no pagamento de medicamentos por inteiro por parte do utente.....	17
Gráfico 8: A Influência da DCI e do CNPEM no número de erros de dispensa	17
Gráfico 9: A Influência das exceções no número de erros de dispensa	17
Gráfico 10: A Influência da DCI e do CNPEM no impacto económico das receitas devolvidas.....	18
Gráfico 11: A Influência das exceções no impacto económico das receitas devolvidas.....	18
Gráfico 12: Número de receitas dispensadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	18
Gráfico 13: Valor faturado ao SNS nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	18
Gráfico 14: Receitas devolvidas pelo CCF nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	19
Gráfico 15: Valor não processado pelo CCF nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	19
Gráfico 16: Receitas “irrecuperáveis” nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	23
Gráfico 17: Valor correspondente às receitas “irrecuperáveis” nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	23
Gráfico 18: Receitas recuperadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	23

Gráfico 19: Valor correspondente às receitas recuperadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM)	23
Gráfico 20: Impacto económico do receituário devolvido no mês de abril de 2012	24
Gráfico 21: Impacto económico do receituário devolvido no mês de março de 2013	25
Gráfico 22: Impacto económico do receituário devolvido no mês de setembro de 2013	25
Gráfico 23: Impacto económico do valor não processado (devolvido) pelo CCF	26
Gráfico 24: Impacto económico após correção e reenvio das prescrições devolvidas	26
Gráfico 25: Perceção dos profissionais relativamente ao impacto económico do receituário devolvido às farmácias	27
Gráfico 26: Número de vezes em que se verifica a conferência do receituário	27
Gráfico 27: Resposta à questão: “A farmácia quantifica o número de erros?”	27
Gráfico 28: Tempo despendido na correção	28
Gráfico 29: Resposta à questão “Houve consequências económicas para o utente?”	28
Gráfico 30: Resposta à questão “Houve consequências para a imagem da farmácia?”	28

Índice de tabelas

Tabela 1: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de abril de 2012	21
Tabela 2: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de março de 2013	21
Tabela 3: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de setembro de 2013	21
Tabela 4: Códigos de devolução e respetiva descrição	21
Tabela 5: Percentagem de receitas manuais devolvidas no mês de setembro de 2013	22
Tabela 6: Relação entre as médias de receitas devolvidas, “irrecuperáveis” e recuperadas (e valor correspondente) e os meses analisados	24
Tabela 7: Caracterização da farmácia “média”	29

Lista de siglas e abreviaturas

ACSS, I. P. - Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

AFP - Associação de Farmácias de Portugal

ANF - Associação Nacional das Farmácias

ARS - Administração Regional de Saúde

CCB - Conference Center of Bills

CCF - Centro de Conferência de Faturas

CNPEM - Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos

DCI - Denominação Comum Internacional

Dr. - Doutor

Dra. - Doutora

EUA - Estados Unidos da América

EUR - Euro

FAMHP - *Federal Agency for Medicines and Health Products*

FMI - Fundo Monetário Internacional

INFARMED, I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde, Instituto Público

INN - International Non-Proprietary Name

MG - Medicamento Genérico

MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

n.º - Número

NCEPM - National Code for the Eletronic Prescription of Medicines

OMS - Organização Mundial de Saúde

Perc - Percentagem

PME - Pequenas e Médias Empresas

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PR - Preço de Referência

PVP - Preço de Venda ao Público

RD - Receitas Devolvidas

RMD - Receitas Manuais Devolvidas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UA - Universidade de Aveiro

UE - União Europeia

Lista de símbolos

® - registado

% - percentagem

€ - euro

< - menor

= - igual

O - *outlier* moderado

***** - *outlier* severo

≈ - aproximadamente igual

Introdução

Ser profissional de farmácia carrega consigo a responsabilidade de garantir o uso seguro, eficaz e racional do medicamento. Como tal, desempenha um papel vital na prestação de cuidados de saúde, e isto acontece nos quatro cantos do mundo.⁽¹⁾ A acrescentar a esse facto, deve-se salientar que a atividade farmacêutica, em particular a que se pratica nas farmácias comunitárias, tem uma enorme importância social e económica.

Em Portugal, as farmácias portuguesas prestam serviços de saúde da maior relevância para a população, não só através do fornecimento dos essenciais medicamentos e outros produtos farmacêuticos, mas também através da prestação de vários serviços de intervenção farmacêutica, entre os quais se destacam o uso racional de medicamentos através do aconselhamento farmacêutico e da promoção da adesão à terapêutica, o seguimento farmacoterapêutico, a educação para a saúde, o incentivo de estilos de vida saudáveis, a administração de medicamentos e vacinas não incluídas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) e a prevenção de doenças. Assim, pode afirmar-se que tem havido um alargamento do papel do profissional de farmácia e da farmácia em si, para além do “simples” medicamento.⁽²⁾

Portugal possui uma rede nacional de farmácias de grande qualidade, contando com 2879 farmácias (dados de 2010) para cerca de 10 milhões de habitantes – ou seja, uma farmácia por cada 3500 habitantes – sendo por isso considerada uma das melhores da Europa.⁽³⁾

No entanto, esta é uma altura atípica. A Farmácia sofreu inúmeras alterações nos últimos anos e os tempos recentes têm revelado um setor em constante metamorfose.

As farmácias comunitárias têm evoluído no sentido de se tornarem cada vez mais “espaços de saúde” – facto que se torna evidente se se analisar o número de serviços farmacêuticos disponibilizados por estes estabelecimentos. Ainda assim, não se pode colocar de parte o estatuto de Pequena e Média Empresa (PME) que a farmácia possui. Desta forma, para além da saúde do utente, a sustentabilidade financeira figura agora, mais do que nunca, no topo das preocupações dos profissionais ligados à farmácia comunitária, fruto das sucessivas medidas governamentais que têm sido impostas com o objetivo de efetuar poupanças no setor da saúde, das quais o universo do medicamento em ambulatório tem sido o principal afetado.

Quando se faz a análise do estado económico do setor farmacêutico, para além da descida das margens de lucro dos medicamentos, do aumento do consumo de medicamentos genéricos (MG), da diminuição do poder de compra por parte dos utentes, outros fatores deverão

ser levados em conta. É precisamente neste contexto de recessão económica que surge a ideia de avaliar o impacto económico do receituário que é devolvido às farmácias comunitárias.

Crise

Nos últimos anos, as mudanças implementadas em Portugal no campo da farmácia e do medicamento em si, foram várias e advêm, em parte, da adesão de Portugal à União Europeia (UE) e às inovações científicas e tecnológicas, que têm vindo a acompanhar as mudanças sentidas em outros setores.⁽²⁾ Também a maior crise económica global desde 1930, que se tem feito sentir em larga escala, em toda a parte do mundo, influenciou as medidas tomadas pelos consecutivos governos, na área da saúde.⁽⁴⁾

É possível, hoje em dia, afirmar que a saúde das populações é diretamente afetada pela crise mundial.⁽⁵⁻⁷⁾ Acredita-se que esta crise mundial teve início nos Estados Unidos da América (EUA), alastrando-se depois pelo globo inteiro.⁽⁸⁾ Foi assim que o clima de recessão económica abalou a Europa – numa primeira fase, afetando a Grécia e a Irlanda, mas que rapidamente se estendeu a Portugal. Este trio de países já recebeu ajuda financeira por parte do Fundo Monetário Internacional (FMI) e outros podem seguir-se, como é o caso da Itália e da Espanha.⁽⁹⁾ Portugal está, desde há vários anos, em crise – desde 2009 que a economia portuguesa se encontra em crescimento nulo (ou mesmo negativo).⁽¹⁰⁾ Em Portugal, diariamente se ouve falar de “um tribunal que vai fechar”, “uma repartição de finanças que vai encerrar” ou “uma empresa que sucumbiu perante a crise”. Ora, se até há alguns anos, o setor farmacêutico se conseguia manter, com maior ou menor esforço, à margem deste padrão de recessão, a verdade é que por esta altura, também as farmácias portuguesas se veem envolvidas pelos tentáculos da crise. São constantes os relatos de farmácias que se encontram à beira do encerramento.

Há várias teorias que explicam o aparecimento da crise que atualmente afeta o sector farmacêutico e várias medidas implementadas no setor têm sido apontadas como estando no cerne da crise: o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, que veio estabelecer o regime da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias;⁽¹¹⁾ o discutível Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, que veio alterar o regime de propriedade e direção técnica de farmácia passando a ser permitido a não farmacêuticos acederem à propriedade da farmácia, que veio também estabelecer o aumento do quadro farmacêutico mínimo – imposição que tem aumentado os custos de muitas farmácias, especialmente aquelas localizadas em áreas do interior – e que veio possibilitar a venda de medicamentos à distância;⁽¹²⁾ o alargamento dos horários praticados pelas farmácias, regulado pelo Decreto-Lei n.º 53/2007, de

8 de Março;⁽¹³⁾ a redução do preço dos medicamentos;^(14,15) a alteração das margens de comercialização numa base regressiva, imposta pelo Decreto-Lei n.º 112/2011;⁽¹⁶⁾ a possibilidade da transferência de farmácias, estabelecida pela Portaria n.º 352/2012, de 30 de Outubro.^(17,18)

Num estudo publicado em 2009, encontrou-se um impacto financeiro significativo no primeiro semestre de 2003, que coincidiu com o início da implementação do Sistema de Preços de Referência (PR), aprovado pelo Despacho conjunto n.º 865-A/2002.^(19,20) No mesmo estudo, foram referidos mais dois momentos de “quebra” – outubro de 2005 e janeiro de 2007 – que coincidiram com a redução dos preços dos medicamentos, implementados pelas autoridades responsáveis.^(14,15,20) Todas as medidas anteriormente referenciadas, em conjunto com as políticas ainda mais restritivas, adotadas a partir de maio de 2011, aquando da assinatura do Memorando de Entendimento com a Troika (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e FMI) – das quais se destacam o aumento do consumo de MG e a contínua redução dos preços dos medicamentos, que automaticamente acarreta a redução das margens de lucro – influenciaram em grande medida a estabilidade do setor nos últimos anos.^(18,21–23) O Decreto-Lei n.º 19/2014 veio decretar nova reformulação, isto é, redução, do preço dos medicamentos, medida que entrará em vigor a 1 de abril de 2014.⁽²⁴⁾

Num estudo efetuado pela Universidade Católica, em 2005, concluiu-se que, de acordo com as estimativas obtidas para 2010 e a evolução dos preços, a farmácia média estaria a funcionar com margem negativa.⁽²⁵⁾ O preço médio por receita médica reduziu de 38,81€ (correspondente a um custo marginal de 35,66€), em 2002, para 30,79€ (correspondente a um custo marginal de 33,21€), em 2012, valor insuficiente para gerar margem positiva que permitiria cobrir os custos fixos das farmácias.^(18,25,26) Também num relatório publicado pelo Banco Mundial, em 2013, se pode encontrar descrita a situação precária em que as farmácias se encontram, no qual se pode ler que as atuais estimativas sugerem que os lucros por cada prescrição estão abaixo do seu custo marginal. Este relatório sugere mesmo que a rede de farmácias pode estar em risco.⁽²⁷⁾

Em 2012, um estudo realizado pela Nova School of Business & Economics revelou que as farmácias defrontam uma situação económica em que a atividade normal não permite cobrir os custos fixos numa maioria de estabelecimentos, o que levará, eventualmente, a perdas monetárias para os proprietários das farmácias ou mesmo ao encerramento de farmácias para evitar essas perdas.⁽¹⁸⁾

Circuito das prescrições

O circuito de uma receita médica é iniciado no momento em que um utente se dirige ao centro de saúde, hospital, clínica, consultório privado,... ou o próprio prescriptor se dirige ao utente, em regime de domicílio. É nestes locais que o prescriptor, segundo uma série de critérios, efetua a prescrição dos medicamentos, que figuram na receita médica.⁽²⁸⁾ Depois disto, o utente dirige-se à Farmácia, onde o profissional responsável pela cedência dos medicamentos que constam na receita tem também um conjunto de normas a cumprir aquando da dispensa dos medicamentos.⁽²⁹⁾ Segue-se a conferência do receituário, que antecede o envio do mesmo – feito mensalmente – para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). As prescrições que não fazem parte do SNS são enviadas para a Associação Nacional das Farmácias (ANF), para a Associação de Farmácias de Portugal (AFP) ou diretamente para os subsistemas correspondentes, variando de farmácia para farmácia, em função de estarem associadas a uma ou outra entidade. No dia 10 do mês seguinte ao do envio da fatura mensal, o Estado, através da Administração Regional de Saúde (ARS) ou de terceiro, procede ao pagamento da comparticipação do Estado no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS e de subsistemas públicos que sejam da responsabilidade do SNS, ou que beneficiem de comparticipação em regime de complementaridade, e cujas receitas não violem quaisquer regras de dispensa.⁽³⁰⁾

Centro de Conferência de Faturas

O CCF é um organismo rigoroso, que iniciou a sua atividade a 1 de março de 2010, e tem o objetivo de receber a informação de faturação e disponibilizar os resultados da conferência do receituário.⁽³¹⁾ Assim, o CCF é o organismo responsável pela conferência do receituário proveniente das farmácias e que vai definir, após validação das receitas e aplicação das regras de conferência, o valor a ser pago às mesmas, por parte do Estado. O último Manual de Relacionamento das Farmácias com o CCF do SNS, publicado em Setembro de 2013, descreve um total de 127 erros, passíveis de provocar a devolução da receita e o não pagamento das comparticipações dos medicamentos que constam na mesma.⁽³²⁾

Sabe-se que os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) constituem a larga maioria do volume de negócios de uma farmácia. De acordo com os dados de mercado publicados em 2011, as vendas de medicamentos representam, em média, 86,9% das vendas efetuadas pelas farmácias portuguesas. Nestes, 80,6% são medicamentos comparticipados.⁽³³⁾ Também num estudo publicado em 2012, pela Universidade de Aveiro (UA), se pode ler que o volume de

faturação das farmácias à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.) e a outras entidades, relativas a comparticipação de medicamentos, representa uma percentagem média de 52% da faturação total das farmácias.⁽³⁴⁾

As farmácias apresentam, como custos de maior relevância, despesas com os armazenistas, remuneração dos colaboradores, eventuais rendas ou prestações de crédito bancário para aquisição de instalações, pagamento à Segurança Social, seguros, pagamento a prestadores de serviços de contabilidade, gastos com água, luz, entre outros. A devolução de prescrições, por parte do CCF, apresenta-se como mais um obstáculo a ultrapassar pelas farmácias, no já de si difícil percurso da respetiva gestão financeira. No entanto, não existem estudos que procurem saber de que forma é que as farmácias são financeiramente afetadas pela devolução do receituário.

Os profissionais do setor farmacêutico estão habituados a mudanças. São constantes as alterações das regras de dispensa de medicamentos a que os colaboradores das farmácias comunitárias estão sujeitos, situação que faz com que seja complicado reduzir o número de receitas devolvidas pelo CCF. À partida, o receituário seria devolvido às farmácias devido a ineficiência no processo de dispensa dos medicamentos e/ ou no processo de correção. No entanto, podem considerar-se dois tipos de devoluções: erros imputáveis à farmácia (falta de assinaturas, prazo de validade ultrapassado, ranhuras na receita, trocas de dosagem, trocas de organismo de comparticipação, entre outros); e erros devido à interpretação distinta das regras, por parte do CCF e dos profissionais de farmácia. É por este motivo, e pelas contantes alterações governamentais, que se explica o facto de surgirem novos motivos de devolução com uma frequência significativa, situação que dificulta o trabalho dos profissionais e que contribui para o aumento do número de devoluções.

Assim, no atual contexto financeiro em que as farmácias portuguesas se encontram, é essencial avaliar em que medida é que o valor das prescrições não processadas influencia a gestão financeira das farmácias. Sabe-se que nem todas as receitas que são devolvidas pelo CCF, são efetivamente perdidas, bem como o valor monetário que lhes está associado. Dado que é possível efetuar a correção de algumas das receitas e proceder ao seu reenvio, uma parte do tal valor devolvido pode ser recuperada. Desta forma, é importante analisar em que medida esta reintrodução das prescrições no sistema pode minimizar o impacto das receitas devolvidas.

A evolução da receita médica

O modelo de receita médica tem sofrido inúmeras alterações ao longo dos últimos anos. Em 1995, através do Despacho n.º 23/95, entrou em vigor o modelo que foi utilizado até 2002.⁽³⁵⁾ Desde aí, as alterações têm sido constantes, devido aos avanços tecnológicos que se têm verificado.

A prescrição eletrónica tornou-se uma realidade, sendo cada vez mais raras as prescrições manuais que chegam às farmácias portuguesas. Desde o início do novo milénio que se fala da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), mas que apenas se tornou obrigatória em 2012, através da Lei n.º 11/2012.⁽³⁶⁾ Mais recentemente, surgiu o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM), que veio dar mais um passo na direção da prescrição por DCI e veio também impor alterações ao modelo de receita médica utilizado. Nos últimos anos, a desmaterialização da receita médica passou a ser um objetivo real, tendo já sido efetuados alguns testes-piloto, com vista à implementação deste método.

A evolução da prescrição médica em Portugal tem acompanhado todas as medidas enumeradas anteriormente sendo que o modelo que se encontra atualmente em vigor é o que vem mencionado no Despacho n.º 11254/2013.⁽³⁷⁾

Prescrição eletrónica

Uma receita perfeitamente legível foi denominada de “santo graal” do processo de dispensa de um medicamento, em 2008.⁽³⁸⁾ A prescrição eletrónica é a resposta a esta necessidade. Sabe-se que a prescrição eletrónica já foi adotada por grande parte dos prescritores, em vários países europeus.⁽³⁹⁾

O aumento da segurança do utente devido à implementação da prescrição eletrónica está, por esta altura, bem documentado.^(40,41)

Este método de prescrição pode fazer subir os níveis de qualidade da informação disponibilizada ao profissional de farmácia comunitária, bem como melhorar a imagem do mesmo, tanto perante o utente como perante o próprio prescritor.⁽⁴²⁾ Há estudos que chegam mesmo a dizer que a prescrição eletrónica pode reduzir custos, por fazer com que o processo de gestão da terapêutica medicamentosa seja mais eficiente.⁽⁴¹⁾

Em Portugal, a lei que estabeleceu a prescrição eletrónica obrigatória entrou em vigor em 2011, através da Portaria n.º 198/2011. Por “prescrição eletrónica”, entende-se: a prescrição de medicamentos efetuada com recurso às tecnologias de informação e de comunicação, através de

aplicações certificadas pela ACSS, I. P.. Até que a prescrição eletrónica possa ser completamente desmaterializada, ou seja, enviada por meios eletrónicos do prescritor à farmácia, adotou-se a solução que passa pela emissão da receita por meios eletrónicos e pela sua impressão em papel, para posterior dispensa do medicamento.⁽⁴³⁾ Assim, pode-se afirmar que a prescrição eletrónica se encontra já em vigor, apesar de a sua emissão ainda ser feita em formato de papel.

À data de realização deste estudo, foram já elaborados alguns testes-piloto que desmaterializam o processo de prescrição de receitas médicas. No entanto, a data para a implementação definitiva da desmaterialização das prescrições é ainda desconhecida.

Cada vez é menor o número de prescrições manuais que chega às farmácias, o que demonstra que a prescrição eletrónica se tem tornado prática generalizada. Como a prescrição manual é mais suscetível a erros de interpretação, o risco de devolução de receitas manuais devido a erros de dispensa é acrescido. Assim, é importante avaliar o número de prescrições manuais devolvidas, de modo a perceber o impacto que estas prescrições representam para a totalidade das devoluções.

Denominação Comum Internacional

A DCI identifica uma substância farmacêutica ou um princípio ativo através de um único nome que é globalmente reconhecido. Este método de identificação foi iniciado em 1953, com a publicação da primeira lista de DCI's para substâncias farmacêuticas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁽⁴⁴⁾

Desde o início da sua utilização, o objetivo da DCI tem sido disponibilizar aos diversos profissionais da área da saúde uma designação única, reconhecida mundialmente, para cada substância ativa. Este sistema é importante para a identificação clara, prescrição segura e dispensa correta dos medicamentos aos utentes e para a comunicação e troca de informações exata, entre profissionais de saúde e cientistas espalhados por todo o planeta.⁽⁴⁴⁾

Há evidências do aumento dos níveis de saúde pública devido à implementação da DCI, pela diminuição do número de erros (de prescrição e de dispensa) e pelo consequente incremento da segurança do paciente.^(45,46)

Seguindo a política adotada em alguns países – Grécia, Roménia, Estónia, Letónia, Lituânia – a Lei n.º 11/2012 veio introduzir a prescrição obrigatória por DCI em Portugal.^(36,47) Pode dizer-se que o número de prescrições por DCI que chega às farmácias tem aumentado. No entanto, como a mesma lei diz que “A prescrição de medicamentos pode ainda incluir uma denominação comercial,...”, são muitas as receitas recebidas pelos profissionais de farmácia que incluem a

marca do medicamento, relegando a DCI para segundo plano.⁽³⁶⁾ Desta forma, torna-se importante proceder à avaliação do impacto da implementação da DCI, no que toca ao processo de dispensa de medicamentos e no que diz respeito ao receituário devolvido às farmácias.

Justificações técnicas

A lei acima referida contempla ainda a possibilidade de os prescritores poderem indicar determinadas justificações técnicas, que impossibilitam a substituição do medicamento prescrito. São elas: Exceção a) medicamento com índice terapêutico estreito; Exceção b) reação adversa prévia; Exceção c) continuidade de tratamento superior a 28 dias. Se no caso da Exceção c) o utente pode optar por um medicamento mais barato que o prescrito, as duas primeiras Exceções obrigam o profissional que recebe a receita a dispensar o medicamento que é prescrito. Numa fase inicial, estas alíneas eram invocadas com uma frequência bastante elevada, o que levava à anulação do direito de opção por parte do utente. Para além disso, a veracidade destas justificações tem sido constantemente posta em causa pela comunidade farmacêutica. Ultimamente, a invocação das exceções a) e b) tem vindo a diminuir sendo que, atualmente, a exceção mais mencionada é a terceira. Verificar até que ponto as justificações técnicas têm afetado o processo de dispensa dos medicamentos e de que modo têm contribuído para a devolução do receituário são objetivos deste trabalho.

Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos

Em março de 2013, com a publicação do Despacho n.º 4322/2013, foi instituída a utilização do CNPEM. Esta foi mais uma medida implementada, de modo a promover a institucionalização da DCI. Este código identifica a DCI da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem e as apresentações equivalentes, e permite comparar os preços das diversas apresentações disponíveis.⁽⁴⁸⁾

À primeira vista, esta seria uma medida positiva, que iria contribuir para uma maior autonomia do utente no momento de aquisição dos medicamentos e para uma maior contenção de custos, tanto para o utente como para o próprio SNS. Há quem defenda, inclusivamente, que esta é uma medida que veio facilitar a vida dos profissionais de farmácia, ao promover a relação utente – profissional de farmácia, destacando o papel deste último na escolha dos medicamentos por parte do utente. No entanto, há relatos de CNPEM's que correspondem a artigos inexistentes, CNPEM's que não correspondem à substância ativa que foi prescrita, CNPEM's duplicados para o mesmo medicamento, entre outros, situações que podem dificultar a atuação dos profissionais e

podem mesmo levar ao erro na cedência dos medicamentos e à devolução de receitas por parte do CCF.

Assim, é relevante examinar as implicações da implementação do CNPEM, relativamente ao processo de dispensa de medicamentos e ao modo como a utilização deste código tem influenciado o número de receitas devolvidas.

Erros de medicação e as consequências para o utente

Os erros de medicação constituem uma grande preocupação para a segurança do utente desde o início da utilização de medicamentos.⁽⁴⁹⁾

A utilização segura do medicamento possui cinco condições (conhecidas como "Os 5 certos"): "o medicamento certo, na dose certa e na via de administração certa, no momento certo, para o paciente certo".⁽⁵⁰⁾ Sabe-se que um erro de medicação pode acontecer em qualquer fase do processo de utilização de um medicamento, incluindo no momento da dispensa.⁽⁵¹⁾ Assim, erros de medicação ocorrem com uma frequência considerável e apresentam consequências clínicas e financeiras relevantes.⁽⁵²⁾

Apesar de, regra geral, o receituário ser conferido antes de ser enviado para o CCF, há alguns erros de dispensa que resultam em devolução das prescrições correspondentes. Uma boa parte dos erros detetados, como o prazo de validade da receita ultrapassado, a falta de assinatura do prescriptor, o prazo de validade da receita ultrapassado, entre outros, não apresentam consequências clínicas para os utentes em causa. Ainda assim, estes erros podem colocar em causa a imagem da própria farmácia, uma vez que, por vezes, é necessário entrar em contacto com o utente, solicitar que este se desloque novamente à farmácia ou até efetuar possíveis trocas monetárias.

Erros como a troca de medicamento, a troca de dosagem ou a cedência de embalagem de tamanho superior ao prescrito – que podem colocar em causa a saúde dos utentes – são normalmente detetados pouco tempo após a cedência dos medicamentos e, por esse motivo, o impacto clínico destes erros não deverá ser significativo. Nestes casos, as farmácias atuam rapidamente, de modo a avisar o utente do erro que foi cometido, para reduzir ao mínimo o seu impacto clínico.

Uma vez que se atravessa, atualmente, uma fase de constantes mudanças – a prescrição eletrónica entrou em vigor em maio de 2011, a implementação da DCI foi estabelecida em junho de 2012 e foi recentemente introduzido o CNPEM (março de 2013) – é importante avaliar a que

nível estarão estas medidas a ser fator facilitador ou redutor do número de erros e qual o impacto destes na saúde dos doentes.

Objetivos do estudo

Estabeleceu-se como objetivo do presente trabalho avaliar a extensão na qual a introdução da prescrição por DCI, do código CNPEM e o recurso a justificações técnicas têm afetado o processo de dispensa do medicamento e contribuído para a devolução do receituário às farmácias.

Pretende-se igualmente, com esta investigação, analisar o número de receitas devolvidas pelo CCF às farmácias comunitárias do concelho de Coimbra e o valor que corresponde a essas devoluções, de modo a investigar de que forma é que estas devoluções influenciam a economia das farmácias.

Faz também parte dos objetivos deste estudo a análise dos motivos que mais frequentemente originam a devolução das prescrições, de modo a reduzir o número de receitas não aceites, no futuro.

Serão também avaliados: a conferência do receituário e a quantificação do erro pelas farmácias e o número de prescrições que podem ser corrigidas e reintroduzidas no sistema e os recursos despendidos nessa correção.

A avaliação das consequências que estes erros acarretam para os utentes, tanto a nível da segurança do utente como a nível financeiro, e também ao nível da imagem das próprias farmácias constituem uma das metas a alcançar com a resolução deste trabalho.

Questões de investigação

De modo a perceber a influência que as últimas alterações legislativas têm exercido sobre o processo de dispensa de medicamentos e sobre a gestão financeira das farmácias, o presente estudo propõe-se responder às seguintes questões:

- Estarão a DCI e o CNPEM a dificultar o processo de dispensa do medicamento? Será que a DCI tem promovido o alargamento do número de prescrições devolvidas às farmácias comunitárias? E quanto ao CNPEM?
- As justificações técnicas têm criado dificuldades ao ato de dispensa de medicamentos? Será que, como se espera, têm contribuído para o aumento do número de receitas devolvidas às farmácias?

- Será que as prescrições devolvidas pelo CCF às farmácias comunitárias e o valor monetário que lhes corresponde representam um impacto significativo na gestão financeira das próprias farmácias?
- Estarão os motivos que originam a devolução do maior número de prescrições relacionados com a ineficácia/ falta de atenção por parte dos profissionais?
- Serão a conferência do receituário e a quantificação do erro por parte das farmácias métodos capazes de reduzir o número de prescrições devolvidas pelo CCF?
- Poderão os erros que originam as devoluções colocar em risco a segurança dos utentes?
- Os erros que estão na base das devoluções podem gerar consequências a nível financeiro, para os utentes? Será que estes erros podem afetar negativamente a imagem da farmácia, por parte dos utentes?

O conhecimento, por parte das farmácias, dos resultados desta investigação pode constituir-se como uma mais-valia para as mesmas, permitindo-lhes identificar causas e alterar procedimentos por forma a otimizar a correção de receituário e a reduzir o impacto provocado pelas prescrições devolvidas.

Metodologia

População e amostra

Os dados do estudo foram recolhidos a partir de uma região do centro de Portugal, Coimbra. O concelho de Coimbra possui 50 farmácias comunitárias para cerca de 143.000 habitantes.⁽⁵³⁾

A população-alvo do estudo é composta pelas 50 farmácias que se localizam no concelho de Coimbra. A amostra é constituída pelo número de farmácias que aceitou participar no estudo e enviou os questionários para a morada do autor: 29 farmácias.

Desenho do estudo

Foi conduzido um estudo descritivo-correlacional longitudinal nas farmácias comunitárias do concelho de Coimbra.

O estudo foi classificado como: primário, observacional, longitudinal, retrospectivo e descritivo-correlacional.⁽⁵⁴⁾ Optou-se por utilizar um estudo correlacional, pois permite estabelecer relações entre variáveis, para além da descrição dos restantes dados.

Recolha dos dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário (Anexo 1). O questionário, construído de raiz, foi elaborado pelo autor do estudo, em conjunto com a orientadora (Especialista em Farmácia Comunitária)ⁱ e o co-orientador. Depois de concluída a sua construção, o questionário foi validado em 3 farmácias comunitárias (localizadas fora do concelho de Coimbra). Aos profissionais responsáveis pela validação, foi pedido que respondessem ao questionário, fazendo uma análise crítica do mesmo, de modo a perceber se o questionário poderia, de alguma forma, ser melhorado ou se estaria preparado para ser entregue à população-alvo.

Em outubro de 2013, foi entregue em mão um questionário em cada uma das 50 farmácias comunitárias que compõem o concelho de Coimbra. Duas a três semanas após a distribuição dos inquéritos, foi feita uma chamada-lembrete para cada uma das farmácias, de forma a obter o número máximo de respostas. Escolheu-se esta data para a realização das chamadas-lembrete dado que, por esta altura, as farmácias já teriam recebido os dados relativos à conferência do receituário do mês de Setembro, por parte do CCF – tornando-se assim possível completar o preenchimento dos inquéritos. Foi entregue um segundo questionário a duas das farmácias (devido a perda do primeiro), após solicitação das mesmas. Os questionários seriam enviados para a morada do autor do estudo, através do correio, após o preenchimento dos mesmos.

O questionário foi conduzido entre outubro e dezembro de 2013. Questionários recebidos após 31 de dezembro de 2013 foram excluídos da investigação (1 questionário).

O questionário foi elaborado de forma a ser simples e prático de preencher, sendo necessário o acesso ao sistema informático e aos dados relativos à conferência do receituário de abril de 2012, março de 2013 e setembro de 2013, relativos a cada uma das farmácias. Constituído por 11 questões, algumas delas com várias alíneas, o inquérito visava aspetos como a conferência do receituário por parte dos profissionais de farmácia e a quantificação dos erros pelas farmácias. O inquérito possuía depois três questões referentes à faturação relativa ao SNS e ao receituário devolvido em cada farmácia (número de receitas dispensadas e valor

ⁱ Grau concedido pela Ordem dos Farmacêuticos.

correspondente, número de receitas devolvidas e valor correspondente, motivos de devolução e número de receitas “irrecuperáveis” - prescrições que foram devolvidas pelo CCF e não são passíveis de corrigir e integrar novamente no sistema – e valor correspondente). Estas três questões faziam referência a três momentos temporais distintos: abril de 2012 (anterior à prescrição por DCI), março de 2013 (posterior à prescrição por DCI e anterior à prescrição através do CNPEM) e setembro de 2013 (posterior à prescrição por DCI e à prescrição através do CNPEM), de forma a se poder avaliar a que nível estariam estas medidas a ser fator facilitador ou redutor do número de erros. A questão relativa ao mês de Setembro de 2013 visava ainda o número de receitas devolvidas que foram prescritas manualmente, prescritas por DCI e prescritas através do CNPEM. O inquérito continha ainda questões acerca do tempo despendido na conferência do receituário e das consequências dos erros para os utentes e para as próprias farmácias. A parte final do inquérito estava relacionada com a perceção dos profissionais acerca da implementação da DCI e do CNPEM, do atual regime de exceções a que as prescrições estão sujeitas e do impacto que as devoluções representam para as farmácias. A última pergunta do questionário, de resposta aberta, estava relacionada com o impacto esperado pelos profissionais relativo à desmaterialização das prescrições médicas. Como esta é uma questão que pode gerar alguma controvérsia, optou-se por um item de resposta aberta, de forma a dar a oportunidade aos profissionais de revelarem o que esperam da implementação daquela medida, através das suas próprias palavras.

Optou-se por não incluir este item na análise dos dados devido ao baixo número de respostas e ao facto de, durante a realização do estudo, a desmaterialização da receita médica ter sido “adiada”.

As respostas às questões que visavam expor o número de receitas devolvidas que foram prescritas por DCI e prescritas através do CNPEM, relativas ao mês de setembro de 2013, não foram analisadas, dado o reduzido número de respostas válidas.

Análise estatística

Os dados foram introduzidos e analisados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 20.0, e do Microsoft Excel 2010 (Excel®), para Microsoft Windows®.

Numa primeira fase, testou-se a normalidade das múltiplas variáveis, através do teste de Shapiro-Wilk. Uma vez que em nenhuma situação se verificou a normalidade de todas as variáveis em análise, isto é, pelo menos uma das variáveis revelou não possuir distribuição normal e dado que a amostra é reduzida ($n < 30$), foram utilizados testes não paramétricos.

Utilizou-se o teste de Friedman para verificar a existência de diferenças relevantes do ponto de vista estatístico, entre os três momentos chave do estudo em simultâneo (abril de 2012 (antes da implementação da DCI e da introdução do CNPEM), março de 2013 (depois da implementação da DCI e altura em que foram introduzidas as justificações técnicas e antes da introdução do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da implementação da DCI e da introdução do CNPEM)).

Aplicou-se o teste Rho de Spearman, para se analisar a correlação existente entre o número de prescrições dispensadas e o número de prescrições devolvidas, relativamente aos três meses em análise.

Para se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre os três meses em análise, de forma emparelhada (2 a 2) – abril de 2012, março de 2013 e setembro de 2013, recorreu-se ao teste de Wilcoxon.

Empregou-se o teste U de Mann-Whitney, de modo a efetuar a comparação entre grupos (farmácias que quantificam o erro/ farmácias que não o fazem; farmácias que conferem o receituário 1 vez/ farmácias que conferem o receituário 2 vezes; farmácias que conferem o receituário 2 vezes/ farmácias que conferem o receituário 3 vezes; farmácias que conferem o receituário 1 vez/ farmácias que conferem o receituário 3 vezes).

P-values iguais ou inferiores a 0,05 foram considerados como sendo estatisticamente significativos.

Verificou-se o impacto do valor não processado pelo CCF, de forma direta, empregando a seguinte fórmula: (“Valor não processado pelo CCF no mês em questão”/“Valor faturado ao SNS no mês em questão”*100). O impacto após correção do receituário devolvido e reenvio das prescrições foi efetuado, também de forma direta, utilizando a fórmula seguinte: (“Valor correspondente às receitas irrecuperáveis no mês em questão”/ Valor faturado ao SNS no mês em questão”*100).

Considerações éticas

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados a todos os participantes do estudo, aquando da entrega dos questionários. No intuito de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, foi entregue um envelope em branco, no momento da entrega do inquérito, apenas com a identificação da morada do autor do estudo (destinatário) e com o respetivo selo (para que os participantes do estudo não tivessem que suportar qualquer custo).

Resultados

Foram distribuídos, ao todo, 50 questionários. Foi feita pelo menos uma chamada-lembrete por cada farmácia, ao que 33 profissionais representantes das farmácias responderam que o inquérito já tinha sido enviado ou seria enviado em breve. Uma das farmácias recusou-se a participar no estudo, devido a questões éticas. Três farmácias alegaram “problemas com recursos humanos” como motivo para não participarem no estudo. Um dos profissionais que recebeu o questionário referiu que seria impossível participar no estudo, uma vez que a farmácia se encontrava prestes a encerrar. Até à data limite definida para entrega, foram recebidos, no total, 29 questionários preenchidos, o que se traduz numa taxa de resposta de 58%.

A DCI, o CNPEM, as justificações técnicas e o processo de dispensa de medicamentos

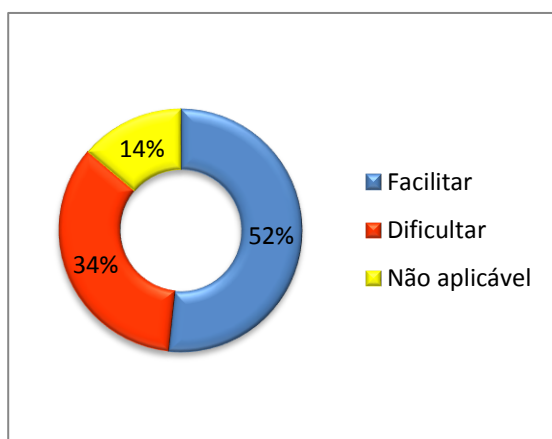


Gráfico 1: A influência da DCI e do CNPEM no ato da dispensa de medicamentos.

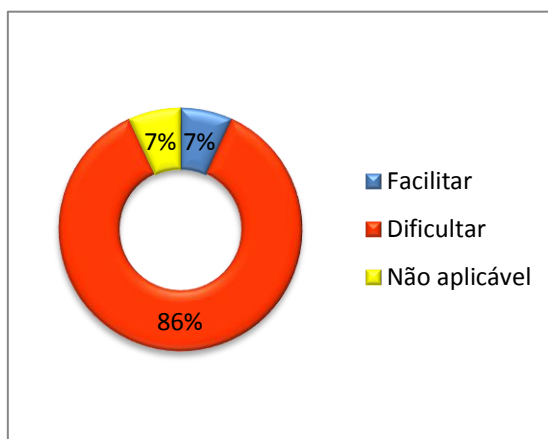


Gráfico 2: A influência das exceções no ato da dispensa de medicamentos.

Como se pode verificar através do gráfico 1, 34% dos profissionais representantes das farmácias do estudo refere que a DCI e o CNPEM vieram dificultar o ato de dispensa de medicamentos, enquanto 52% pensa que estas medidas vieram, pelo contrário, facilitar este ato. Se se analisar o gráfico 2, torna-se evidente que a opinião dos inquiridos relativamente à influência das justificações técnicas é consideravelmente diferente: 86% dos profissionais confirmam a tese de que as exceções mencionadas pelos prescritores vieram criar dificuldades acrescidas aos profissionais, durante o processo de dispensa de medicamentos.

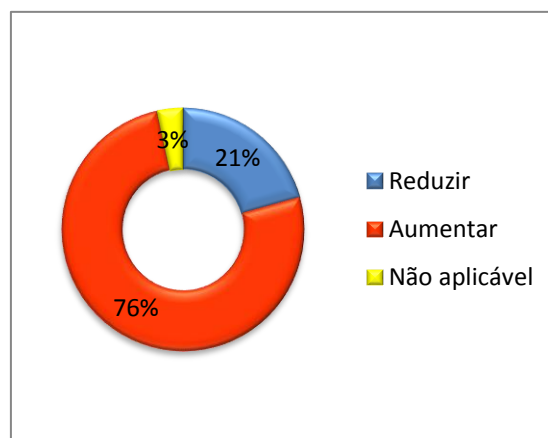


Gráfico 3: A influência da DCI e do CNPEM no tempo de correção das prescrições.

No gráfico 3, pode-se averiguar a relação da DCI e do CNPEM com o tempo de correção das prescrições. Segundo uma maioria reveladora de 76% de profissionais, o tempo despendido na correção do receituário tem sofrido um aumento. Apenas 21% acha que o período de tempo empregado nesta tarefa diminuiu, após a implementação da DCI e do CNPEM.

A influência que as justificações técnicas exercem no intervalo de tempo gasto na correção das receitas é ainda mais evidente: todos os inquiridos responderam que as exceções obrigam à dispensa de um maior período de tempo na análise e correção do receituário.

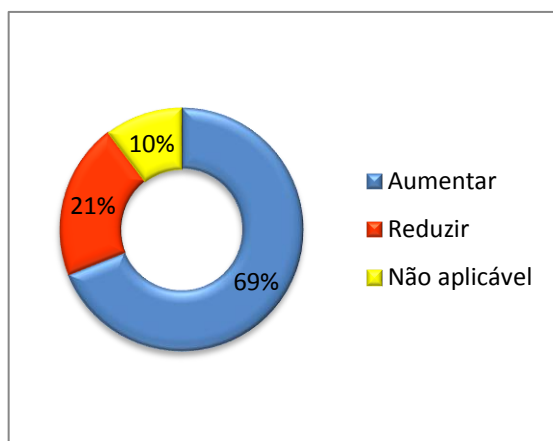


Gráfico 4: A influência da DCI e do CNPEM no número de receitas não dispensadas pelo profissional de farmácia.

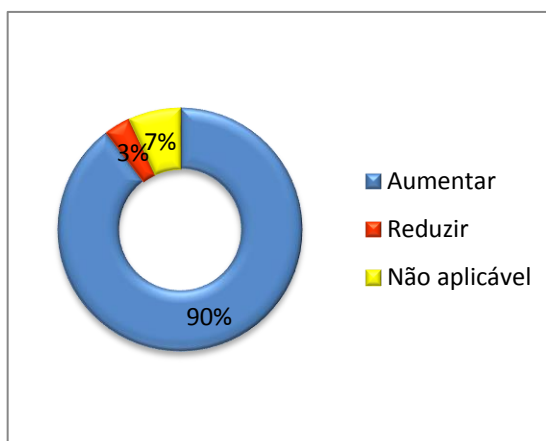


Gráfico 5: A influência das exceções no número de receitas não dispensadas pelo profissional de farmácia.

Ao observar o gráfico 4, pode-se aceder à opinião dos inquiridos em relação ao número de receitas não dispensadas pelo profissional de farmácia, por estas conterem erros relacionados com a DCI ou o CNPEM ou devido ao facto de os utentes quererem optar por um medicamento diferente do prescrito. Segundo 69% dos profissionais questionados, o número de prescrições não dispensadas tem crescido enquanto apenas 21% pensa que este número diminuiu. As exceções mencionadas pelos médicos (e o desejo dos utentes por um medicamento diferente do prescrito) têm também gerado o aumento do número de utentes que optam por não levantar o medicamento que consta da receita – é esta a opinião de 90% dos inquiridos (gráfico 5). Apenas 3% dos profissionais acredita que o número de prescrições não dispensadas tem diminuído, após o início da utilização das exceções.

Em consonância com os resultados anteriores, encontra-se a percepção dos profissionais em relação à influência que a DCI e o CNPEM (gráfico 6) e as justificações técnicas (gráfico 7) exercem no pagamento do valor total de determinados medicamentos. 66% dos inquiridos responderam que o número de utentes “obrigados” a pagar o valor total dos medicamentos, devido a erros na DCI ou no CNPEM ou devido ao facto de os utentes quererem optar por um medicamento diferente do prescrito, tem crescido enquanto 17% pensa que este número tem

diminuído após a introdução destas medidas. O efeito das exceções é ainda mais expressivo: 83% dos profissionais referiram que o número de utentes a pagar medicamentos sem direito à comparticipação, devido à presença de exceções, tem aumentado.

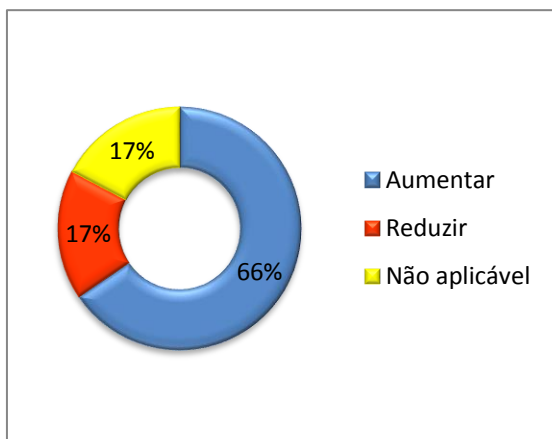


Gráfico 6: A influência da DCI e do CNPEM no pagamento de medicamentos por inteiro por parte do utente.

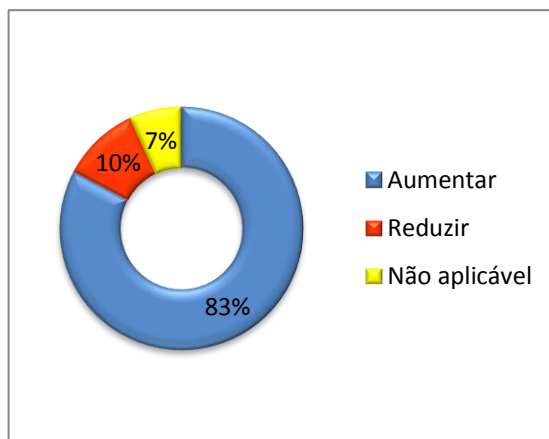


Gráfico 7: A influência das exceções no pagamento de medicamentos por inteiro por parte do utente.

Analisando os gráficos 8 e 9, é possível aceder à perceção dos profissionais em relação à evolução do número de erros de dispensa de medicamentos. 65% destes profissionais entende que a DCI e o CNPEM são responsáveis pela diminuição do número de erros. Por outro lado, 28% acredita que houve um aumento do número de erros, após a introdução desta medida. Em sentido oposto, com a presença das exceções nas prescrições, 66% dos profissionais referiu que o número de erros subiu e apenas 17% mencionou uma redução do número de erros.

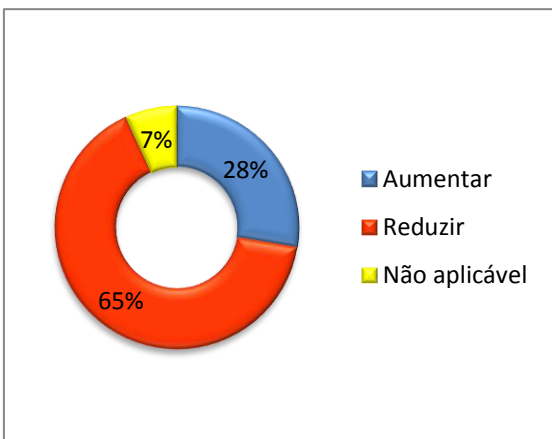


Gráfico 8: A Influência da DCI e do CNPEM no número de erros de dispensa.

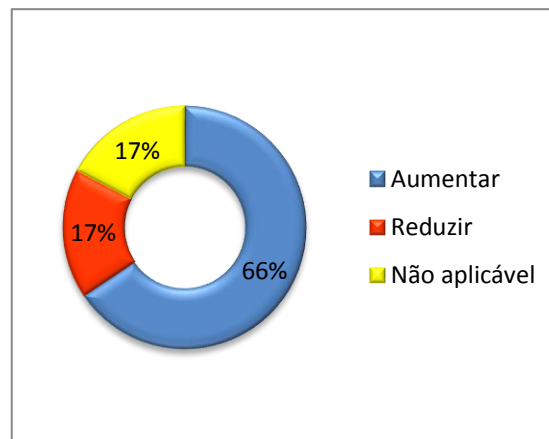


Gráfico 9: A Influência das exceções no número de erros de dispensa.

No gráfico 10 pode ver-se que 31% dos profissionais admite a diminuição do impacto económico do receituário devolvido, após a introdução da DCI e do CNPEM. Em sentido oposto, 52% pensa que o impacto económico das prescrições devolvidas aumentou após a implementação destas medidas. O impacto do receituário devolvido, devido ao efeito exercido

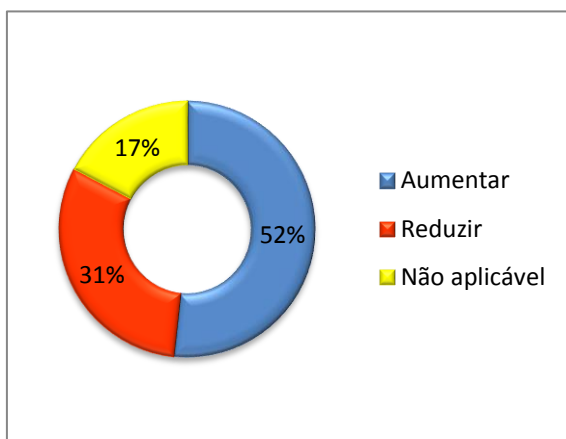


Gráfico 10: A Influência da DCI e do CNPEM no impacto económico das receitas devolvidas.

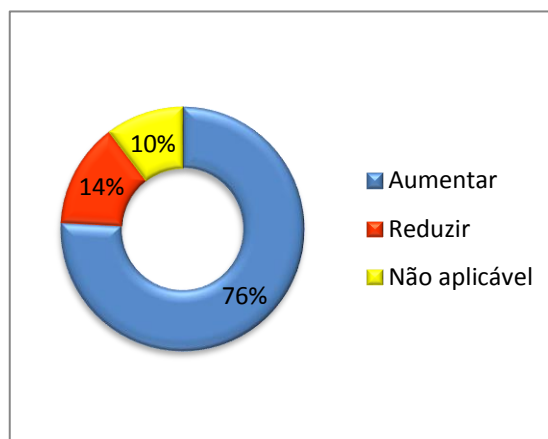


Gráfico 11: A Influência das exceções no impacto económico das receitas devolvidas.

pelas justificações técnicas é ainda mais claro. Analisemos o gráfico 11: a grande maioria dos profissionais (76%) admitiu o aumento do impacto económico das prescrições devolvidas pelo CCF, devido à frequência com que as justificações técnicas são indicadas.

Os profissionais foram também questionados sobre se o atual regime de exceções constitui um retrocesso no que toca à implementação da prescrição por DCI ou se, pelo contrário, esta seria uma forma de fazer avançar o referido processo. Os profissionais foram praticamente unânimes: 97% pensa que as justificações técnicas constituem um entrave à implementação da prescrição por DCI.

Receitas dispensadas e valor faturado ao SNS

O gráfico 12 fornece informação acerca do número de receitas dispensadas pelas farmácias que participaram no estudo. O valor mínimo foi de 713 receitas, registado em março de 2013 e 75% das farmácias dispensaram até 3033 prescrições. Verificou-se ainda que uma das

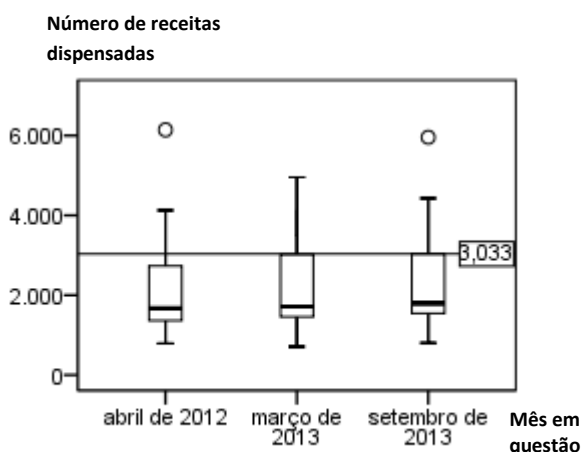


Gráfico 12: Número de receitas dispensadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado.

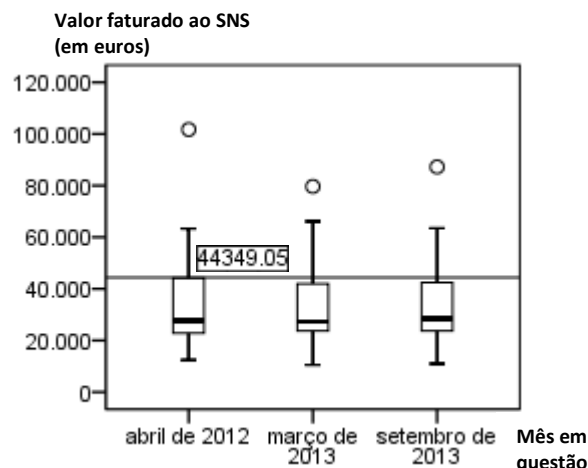


Gráfico 13: Valor faturado ao SNS nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado.

farmácias dispensou um número de receitas muito superior às restantes (aproximadamente 6000 receitas), quer em abril de 2012, quer em setembro de 2013. Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao número de receitas dispensadas, entre os três meses em análise ($p=0,132$).

O gráfico 13 permite a análise do valor faturado ao SNS, pelas farmácias. O valor mínimo foi de €10.497,26, registado em março de 2013. Cerca de 75% das farmácias dispensou até €44.349,05, sendo que uma das farmácias registou valores de faturação substancialmente superiores às restantes, nos três meses em questão. A farmácia supracitada revela, novamente, valores bastante superiores às restantes farmácias. Mais uma vez, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, entre os três meses avaliados ($p=0,254$).

Receitas devolvidas e valor não processado pelo CCF

Pode-se analisar o número de receitas devolvidas pelo CCF às farmácias através do gráfico 14. Um dos dados que salta à vista é o facto de, em setembro de 2013, o número máximo de receitas devolvidas a 50% das farmácias – 29 receitas – ultrapassa o número máximo de receitas devolvidas a 75% das farmácias, tanto em relação a abril de 2012 como em relação a março de 2013, isto é, nota-se um claro aumento do número de receitas devolvidas em setembro de 2013. No mês de abril, uma das farmácias recebeu um número de receitas devolvidas claramente superior às restantes, tal como aconteceu em setembro do ano seguinte, neste caso a duas das farmácias que participaram no estudo. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os meses avaliados ($p=0,000$).

Número de receitas devolvidas pelo CCF

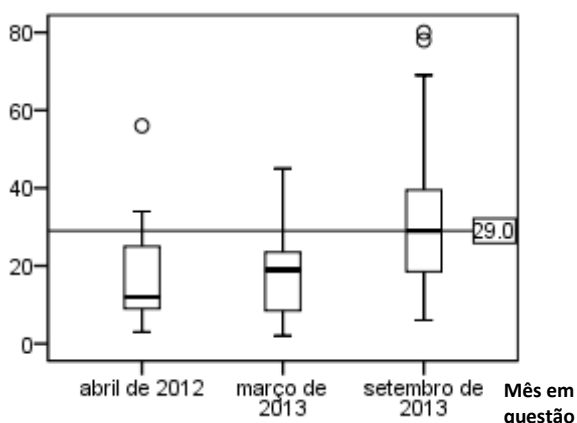


Gráfico 14: Receitas devolvidas pelo CCF nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado.

Valor não processado (devolvido) pelo CCF (em euros)

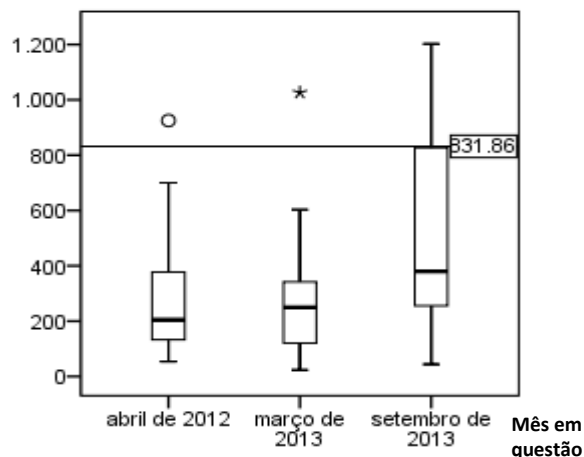


Gráfico 15: Valor não processado pelo CCF nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado. * – outlier severo.

Correspondentemente, o gráfico 15 permite afirmar que, também em relação ao valor não processado pelo CCF, se verificou um aumento relevante no mês de setembro. Em setembro de 2013, 75% das farmácias viram o valor não processado pelo CCF ir até aos €831,86, que ultrapassa claramente o valor máximo não processado à totalidade das farmácias, nos meses de abril e março (retirando os *outliers*). Neste mês, o valor máximo não processado pelo CCF chegou aos €1.202,37. Acharam-se, novamente, diferenças estatisticamente significativas entre os três meses analisados ($p=0,000$).

Em abril de 2012, as Farmácias 2 e 19 viram 31 receitas a serem devolvidas. Contudo, a primeira tinha dispensado um total de 6142 prescrições e a segunda “apenas” 3794 prescrições. No mesmo mês, a farmácia que dispensou mais prescrições (Farmácia 2: 6142 receitas dispensadas; 31 receitas devolvidas) não coincidiu com aquela que teve maior número de devoluções (Farmácia 7: 2319 receitas dispensadas; 56 receitas devolvidas). Apesar de se ter encontrado uma correlação positiva e estatisticamente significativa nos meses de abril de 2012 ($p=0,000$; $r=0,64$) e de março de 2013 ($p=0,001$; $r=0,61$), não se verificou correlação significativa entre o número de receitas dispensadas e o número de receitas devolvidas, em setembro de 2013 ($p=0,0503$, $r=0,37$). Assim, importa referir que a correlação entre o número de receitas dispensadas e o número de prescrições devolvidas não está estabelecida, isto é, dispensar um maior número de receitas não leva, obrigatoriamente, à devolução de um número maior de prescrições.

Motivos de devolução do receituário

Nas tabelas 1, 2 e 3 encontram-se os motivos que levaram à devolução do receituário, nos meses de abril de 2012, março de 2013 e setembro de 2013, respetivamente.

Os erros que foram mencionados mais vezes, e com uma incidência semelhante, são: o C024 e o D999. Estes erros são transversais aos 3 meses em análise. Logo de seguida, relativamente ao mês de abril de 2012, surgem os erros C005 e D146, como terceiro e quarto erros mencionados com maior frequência (tabela 1). Os dois erros aparecem na mesma posição, no mês de março de 2013. Ainda em relação ao mês de abril de 2012, os erros D167 e C021 são os seguintes na lista dos mais frequentes, sendo que este último foi indicado com frequência considerável ao longo dos 3 meses.

No mês de março é evidenciado um novo erro: o C007. No mês de setembro de 2013, o mesmo erro, acompanhado do C008 - ambos relacionados com a indicação da justificação técnica c) - estão na terceira e quarta posições dos erros com incidência mais elevada (tabela 2).

Tabela 1: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de abril de 2012.

Código do erro	C024	D999	C005	D146	D167	C021	D050	D059	D081	D083	D052	D156	D202	D079	D204
Frequência (n)	218	208	78	47	41	39	21	11	11	5	4	2	2	1	1
Percentagem (%)	31,64	30,19	11,32	6,82	5,95	5,66	3,05	1,60	1,60	0,73	0,58	0,29	0,29	0,15	0,15

Tabela 2: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de março de 2013

Código do erro	C024	D999	C005	D146	C021	C007	D050	D167	D145	C006	D052	D059	C015	D079	D051
Frequência (n)	344	273	209	47	22	14	11	9	7	4	3	3	2	1	1
Percentagem (%)	36,13	28,68	21,95	4,94	2,31	1,47	1,16	0,95	0,74	0,42	0,32	0,32	0,21	0,11	0,11

Tabela 3: Motivos que originaram as devoluções, referentes ao mês de setembro de 2013.

Código do erro	D999	C024	C008	C007	C005	C021	D146	D156	D059	C006	C009	D079	D050	D081
Frequência (n)	647	629	227	183	183	60	42	22	12	5	4	2	1	1
Percentagem (%)	32,06	31,17	11,25	9,07	9,07	2,97	2,08	1,09	0,59	0,25	0,20	0,10	0,05	0,05

Tabela 4: Códigos de devolução e respetiva descrição

Código	Descrição do erro
C005	O medicamento dispensado pela Farmácia não coincide com aquele que foi prescrito.
C006	O medicamento dispensado possui preço acima do 5º Preço mais baixo e não foi exercido o direito de opção por parte do utente.
C007	Tendo sido aposta a justificação técnica c), não foi exercido o direito de opção aquando da dispensa de medicamento diferente do prescrito.
C008	Foi dispensado medicamento com preço superior ao PVP do medicamento prescrito com a justificação técnica c) e tendo sido exercido o direito de opção.
C009	O medicamento dispensado não coincide com aquele que foi prescrito tendo sido aposta a justificação técnica a) ou b).
C015	O diploma mencionado na receita não confere um regime de comparticipação especial ao medicamento.
C021	A embalagem de medicamentos dispensada ao utente ultrapassa a quantidade prescrita.
C024	O montante de comparticipação do Estado para o medicamento não está correto de acordo com o regime de comparticipação aplicável.
D050	A receita não se encontra no lote correto.
D051	A receita não apresenta o modelo em papel ou informatizado de acordo com a legislação em vigor.
D052	A receita apresenta informação de preenchimento obrigatório que não se encontra visível e legível.
D059	A receita manual não apresenta a exceção que levou à sua prescrição de acordo com o definido na legislação em vigor.
D079	A receita não possui a assinatura do médico prescriptor no campo “Médico Prescriptor”.
D081	A receita não possui a assinatura do farmacêutico.
D083	A entidade responsável não se encontra preenchida ou não está válida.
D145	A receita não apresenta data de dispensa dos medicamentos ou de prestação de serviços.
D146	A data de dispensa dos medicamentos ou de prestação dos serviços encontra-se fora do prazo de validade e não foi indicada a respetiva justificação.
D156	A data de prestação é inferior à data da autenticação do médico prescriptor.
D167	Receita ADSE não prescrita num local SNS.
D202	Rasura sobre a data de prescrição ou sobre a data de prestação sem rubrica, em receita manual.
D204	Rasura sobre o nº de embalagens e/ou dimensão de embalagens e/ou dosagem e/ou nome do medicamento, sem rubrica, em receita manual.
D999	A receita com acerto é devolvida devido a erro de valor superior a EUR 0,50.

- Erros relacionados com a DCI/ CNPEM.

- Erros relacionados com as justificações técnicas.

Saliente-se o facto de os erros D050 e D081 serem mencionados com frequência gradualmente inferior.

É importante referir quais destes erros podem fazer com que as respetivas receitas sejam, efetivamente, irrecuperáveis. Destes fazem parte: o C005, o D146, o D167, o C021, o D052, o D202, o D079, o D204, o C015, o D051, o C008 e o C009 – que levam, pelo menos, à perda monetária de algum valor após a devolução.

Alguns destes erros podem ser corrigidos, mediante a prescrição de nova receita ou a justificação/ correção da receita atual, por parte do prescriptor.

Receitas manuais

Relativamente ao mês de setembro de 2013, os profissionais foram questionados acerca do número de prescrições manuais devolvidas. Através da tabela 5, verifica-se que foram recebidas, em média, duas receitas manuais em cada farmácia, resultado que se traduz numa média de 7,7% do total de prescrições devolvidas.

Tabela 5: Percentagem de receitas manuais devolvidas no mês de setembro de 2013.

Farmácias	4	5	6	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	28	29
RD	6	18	39	15	31	14	19	26	7	7	20	40	23	34	59	54	19	29	34	29	32	41
RMD	1	0	4	0	1	1	0	3	1	1	3	5	3	2	5	8	3	2	1	1	0	0
Perc. (%)	16,7	0	10,3	0	3,2	7,1	0	11,5	14,3	14,3	15	12,5	13,0	5,9	8,5	14,8	15,8	6,9	2,9	3,4	0	0

RD = Número de receitas devolvidas; RMD = Número de receitas manuais devolvidas. Perc. = Percentagem.

Receitas devolvidas “irrecuperáveis” e valor correspondente

Através do gráfico 16, podemos ter acesso às receitas devolvidas, consideradas “irrecuperáveis”ⁱⁱ pelos inquiridos. Vê-se um ligeiro aumento nos meses de março e setembro de 2013, relativamente ao mês de abril de 2012. Ainda assim, o facto de não se terem encontrado diferenças com relevância a nível estatístico ($p=0,135$), entre os meses avaliados, vem reforçar o equilíbrio relativo ao número de receitas consideradas irrecuperáveis.

Em termos de valor, pode-se comprovar que, no mês de setembro, 50% das farmácias teve até €77,43 irrecuperáveis, valor que corresponde a mais de 75% das farmácias, nos meses de abril de 2012 e março de 2013. Uma vez mais, não foram descobertas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes meses investigados ($p=0,135$).

ⁱⁱ Por receitas “irrecuperáveis” entendem-se as prescrições que foram devolvidas pelo CCF e não são passíveis de corrigir e integrar novamente no sistema.

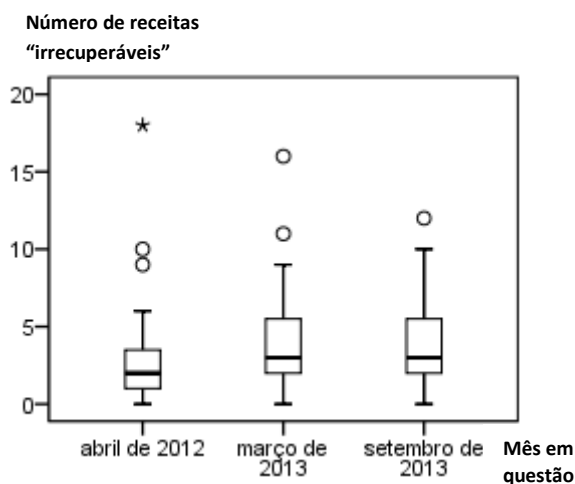


Gráfico 16: Receitas “irrecuperáveis” nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado. * – outlier severo.

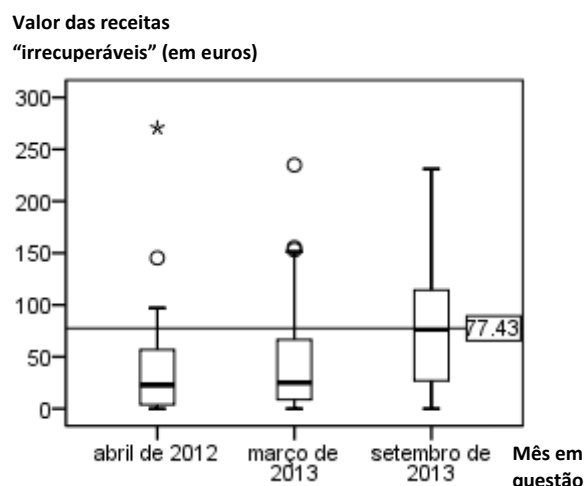


Gráfico 17: Valor correspondente às receitas “irrecuperáveis” nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado. * – outlier severo.

Receitas devolvidas “recuperáveis” e valor correspondente

Analisando os dados no sentido inverso, em setembro de 2013, o número máximo de receitas recuperadas por 50% das farmácias – 25 receitas – corresponde a mais de 75% das farmácias, em abril de 2012 e março de 2013 (gráfico 18). No último mês em análise, registou-se o maior número de receitas recuperadas, mês em que se verificou igualmente o maior valor recuperado, como se pode comprovar através do gráfico 19. No mesmo gráfico, pode ver-se que 75% das farmácias recuperaram até €750,65, valor que ultrapassa o máximo recuperado nos restantes meses em análise (retirando os *outliers*). Relativamente ao número de receitas recuperadas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$), assim como ao nível do valor correspondente a essas receitas ($p=0,002$).

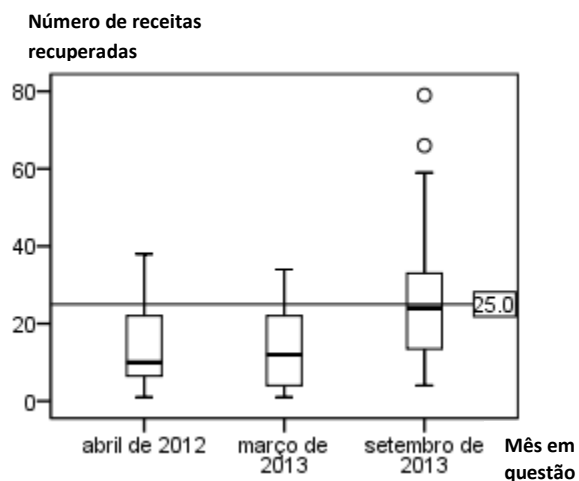


Gráfico 18: Receitas recuperadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado.

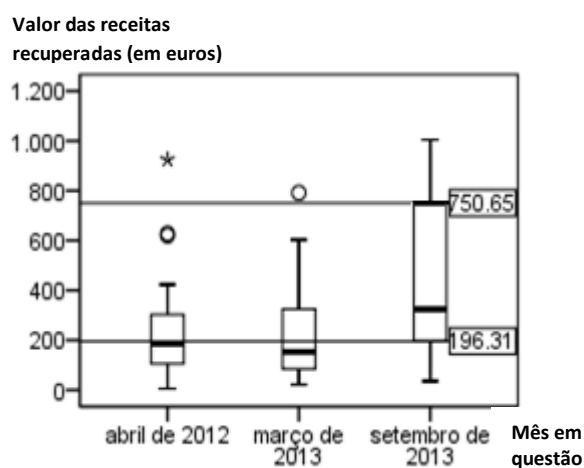


Gráfico 19: Valor correspondente às receitas recuperadas nos meses de abril de 2012 (antes da DCI e do CNPEM), março de 2013 (depois da DCI e antes do CNPEM) e setembro de 2013 (depois da DCI e do CNPEM). O – outlier moderado. * – outlier severo.

Tabela 6: Relação entre as médias de receitas devolvidas, “irrecuperáveis” e recuperadas (e valor correspondente) e os meses analisados.

Mês em análise	Média de receitas devolvidas	Média do valor não processado pelo CCF	Média de receitas “irrecuperáveis”	Média do valor “irrecuperável”	Média de receitas recuperadas	Média do valor recuperado
abril de 2012	16	€266,24	2	€29,51	14	€188,37
março de 2013	18	€241,06	3	€36,12	14	€196,19
setembro de 2013	28	€517,58	4	€76,42	24	€441,17

Ao efetuar a análise da tabela 6, verifica-se um equilíbrio dos elementos em estudo entre os meses de abril de 2012 e março de 2013. Em sentido inverso, é notório o aumento do número de receitas devolvidas e do valor correspondente. Quanto ao número de prescrições “irrecuperáveis” (e do valor que lhes corresponde), também se assistiu a um aumento, apesar de este não ser tão significativo. Também o número de receitas recuperadas aumentou, bem como o valor correspondente, em setembro de 2013 – o último mês analisado.

Impacto económico do receituário devolvido

Ao analisar o gráfico 20, obtém-se informação acerca do impacto da devolução do receituário, para cada uma das farmácias, no mês de abril de 2012. A razão entre o valor não processado pelo CCF e o total faturado ao SNS encontra-se a azul. Assim, verifica-se um impacto máximo de 2,3%, sendo que o valor médio foi de 0,89% (desvio-padrão (s)=0,57). O impacto após análise e correção das prescrições devolvidas encontra-se a laranja. Verifica-se uma descida significativa do impacto dado que, após correção, o impacto máximo foi de 0,8% e a média rondou os 0,14% (s=0,2).

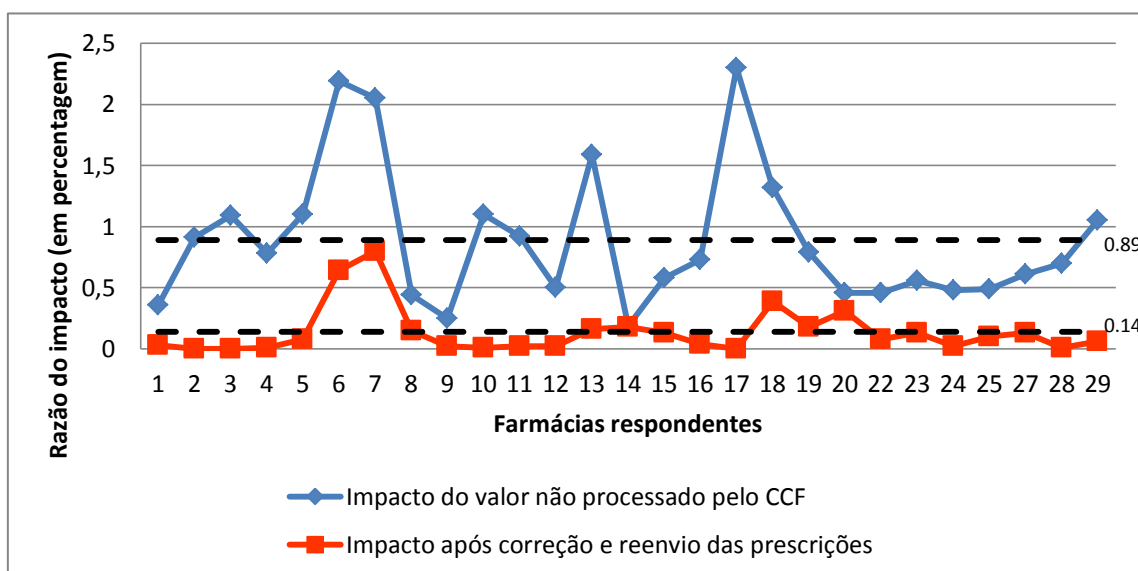


Gráfico 20: Impacto económico do receituário devolvido no mês de abril de 2012.

Relativamente ao mês de março de 2013, pode verificar-se (gráfico 21) que o impacto máximo provocado pelo valor não processado por parte do CCF foi de 2,49%, enquanto o valor médio foi de 0,84% ($s=0,56$). Mais uma vez, o impacto caiu após a correção e reenvio do receituário, em que a média do impacto foi de 0,19% ($s=0,2$) e o máximo foi de 0,66%, sendo que o mínimo chegou mesmo aos 0%.

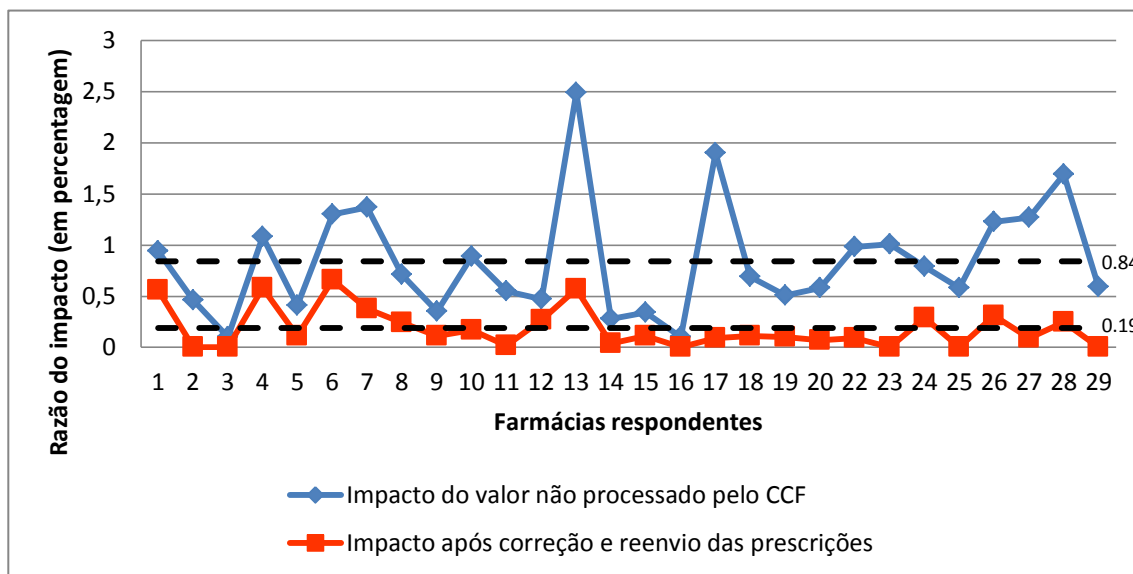


Gráfico 21: Impacto económico do receituário devolvido no mês de março de 2013.

Através do gráfico 22, pode adquirir-se informação relativa ao impacto económico gerado pelo receituário devolvido, respeitante ao mês de setembro de 2013. O valor não processado pelo CCF provocou um impacto máximo de 4,36%, enquanto o valor médio foi de 1,62% ($s=1,01$). Assiste-se, novamente, a uma descida na intensidade do impacto após análise e correção das prescrições, em que o impacto máximo foi de 0,67% e o impacto médio foi de 0,27% ($s=0,21$).

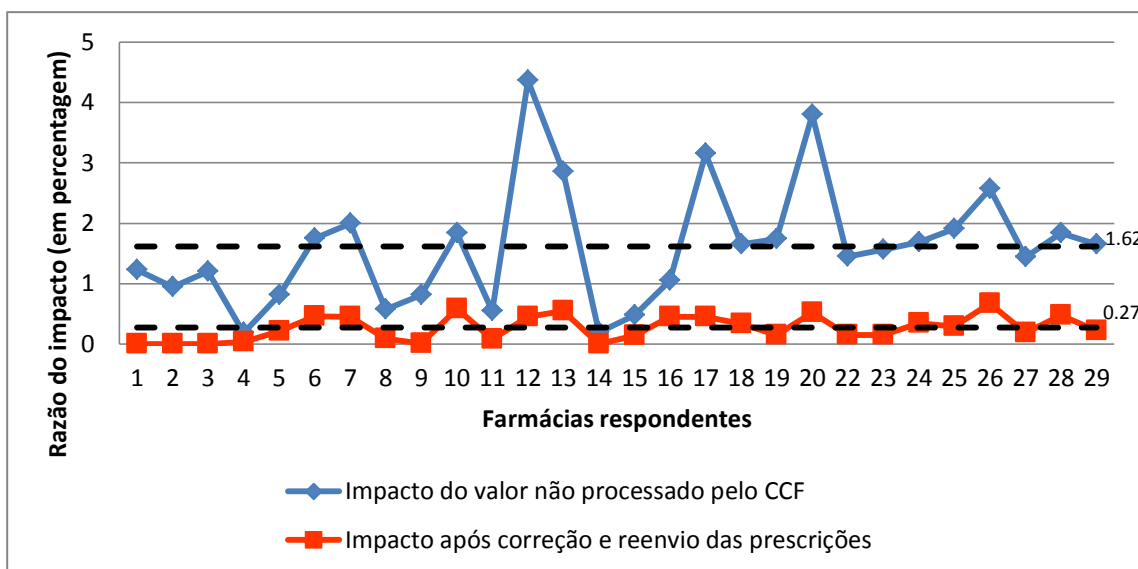


Gráfico 22: Impacto económico do receituário devolvido no mês de setembro de 2013.

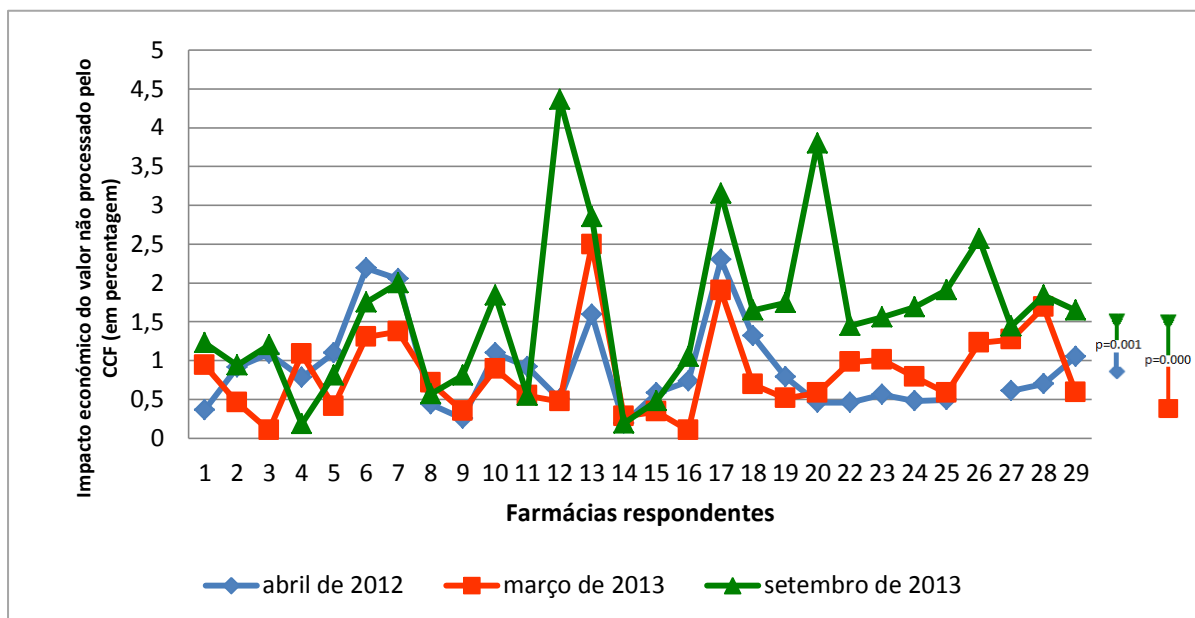


Gráfico 23: Impacto económico do valor não processado (devolvido) pelo CCF.

Ao analisar o gráfico 23, percebe-se o equilíbrio entre o impacto do receituário devolvido no mês de abril de 2012 e no mês de março de 2013. Saliente-se, no entanto, o impacto superior que se verifica no mês de setembro de 2013, comparativamente com os anteriores. Foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os meses de abril (antes da introdução da DCI e do CNPEM) e setembro (depois da introdução da DCI e do CNPEM) ($p=0.001$) e entre os meses de março (depois da introdução da DCI e antes da introdução do CNPEM) e setembro ($p=0.000$).

Correspondentemente, diferenças relevantes foram também encontradas entre os mesmos meses, mas em relação ao impacto económico após correção e reenvio das prescrições devolvidas (gráfico 24). Assim, detetaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os

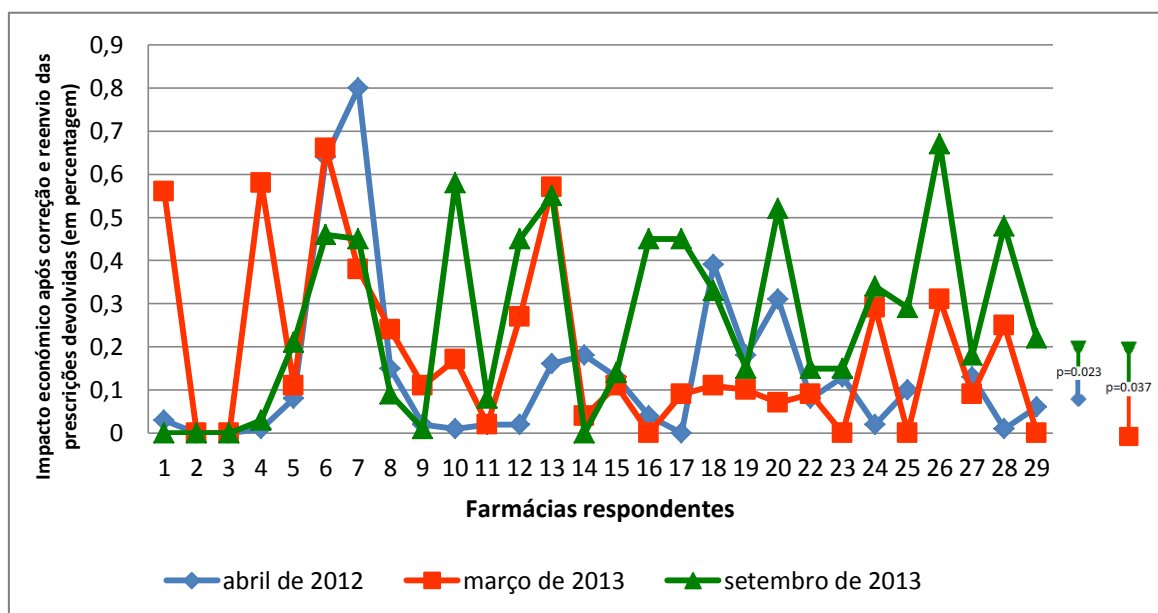


Gráfico 24: Impacto económico após correção e reenvio das prescrições devolvidas.

meses de abril de 2012 e setembro de 2013 ($p=0.023$) e entre os meses de março de 2013 e setembro do mesmo ano ($p=0.037$).

Ao fazer a análise do gráfico 25, pode-se apurar que apenas 7% das farmácias responderam que o impacto que as prescrições devolvidas apresentam para a gestão financeira das mesmas é pouco significativo. 93% dos inquiridos referiu que o impacto é “Significativo” ou “Muito Significativo”, dos quais 38% acredita que estas devoluções representam um impacto muito significativo para as farmácias comunitárias.

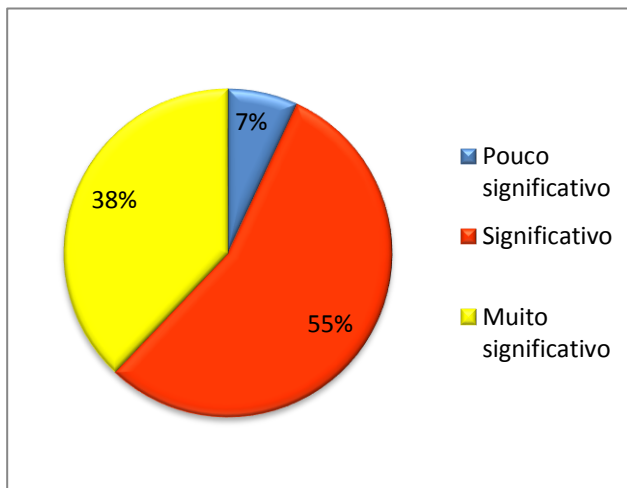


Gráfico 25: Percepção dos profissionais relativamente ao impacto económico do receituário devolvido às farmácias.

Conferência do receituário e quantificação do erro

A totalidade das farmácias referiu conferir o receituário antes de enviar o mesmo para o CCF. 59% das farmácias efetuam essa conferência duas vezes, de acordo com o descrito pelo gráfico 26. Apenas 7% das farmácias conferem o receituário três vezes.

No que respeita ao número de prescrições devolvidas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,036$) entre farmácias que efetuam a conferência do receituário apenas uma vez (média de receitas devolvidas \approx 18) e farmácias que conferem as receitas por três vezes (média de receitas devolvidas \approx 6), no que concerne ao mês de abril de 2012. Relativamente aos restantes meses em análise, apesar de as diferenças não serem relevantes do ponto de vista estatístico, a média de receitas devolvidas também foi menor para o grupo de farmácias que confere o receituário três vezes.

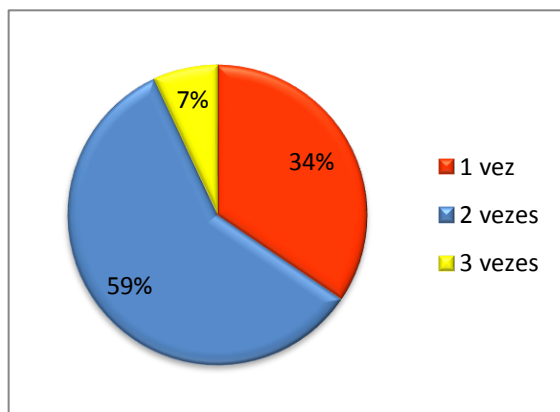


Gráfico 26: Número de vezes em que se verifica a conferência do receituário.

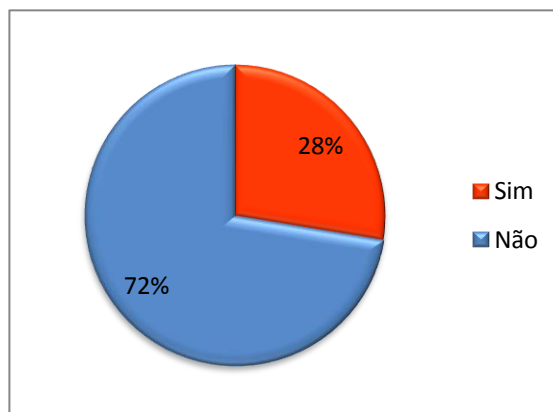


Gráfico 27: Resposta à questão: “A farmácia quantifica o número de erros?”

Também em abril de 2012, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as farmácias que conferem o receituário apenas uma vez (média do impacto = 1.1%) e farmácias que fazem essa conferência duas vezes (média do impacto = 0.67%), relativamente ao impacto do valor não processado pelo CCF ($p=0,023$).

72% das farmácias não quantificam o número de erros que resultam em receitas devolvidas, como se pode verificar através do gráfico 27. Não se encontraram diferenças relevantes do ponto de vista estatístico entre o grupo de farmácias que quantifica o erro e farmácias que não o fazem, no que toca à devolução das prescrições e ao impacto por elas causado.

Implicações das prescrições devolvidas

Foi pedido aos profissionais que reportassem qual o tempo despendido no processo de análise e correção das prescrições devolvidas pelo CCF. Apenas 7% das farmácias demoram menos de 30 minutos na correção do receituário devolvido. Cerca de 79% das farmácias demora, pelo menos, uma hora a fazer essa correção e quase metade (45%) das farmácias referiu gastar mais de 2 horas a realizar a correção das prescrições devolvidas (gráfico 28).

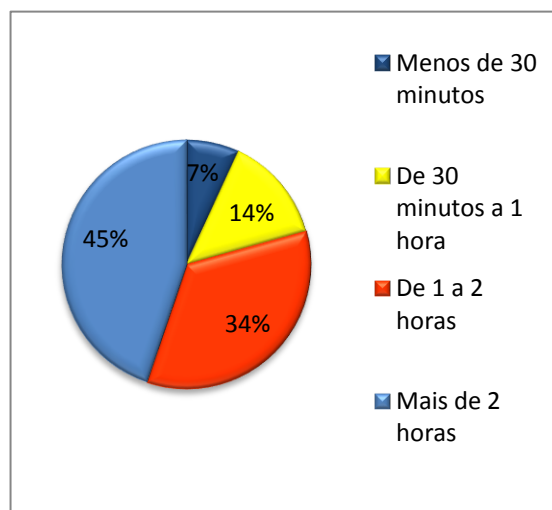


Gráfico 28: Tempo despendido na correção.

Nenhuma das farmácias revelou ter havido consequências, a nível disciplinar, para os profissionais responsáveis pelos respetivos erros.

Uma em cada cinco farmácias referiu que os erros que originaram as prescrições devolvidas obrigaram a trocas monetárias com os utentes, como se pode verificar através do

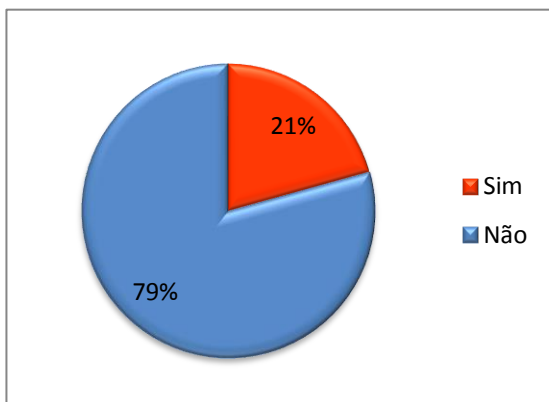


Gráfico 29: Resposta à questão "Houve consequências económicas para o utente?"

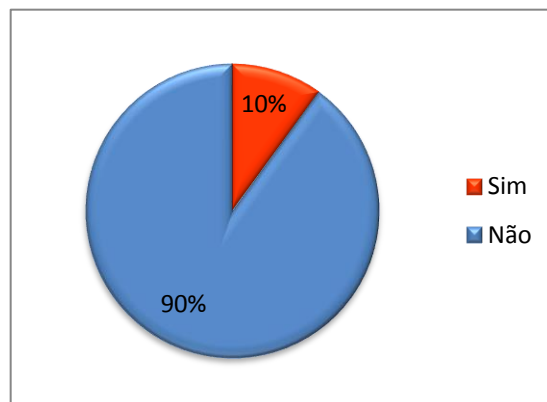


Gráfico 30: Resposta à questão "Houve consequências para a imagem da farmácia?"

gráfico 29. Destes erros fazem parte, por exemplo, trocas no organismo de comparticipação, que levam a que seja necessário efetuar acertos monetários com os utentes.

No gráfico 30, encontra-se a resposta das farmácias à questão: “Algum dos erros apresentou consequências para a imagem da farmácia?”. Apenas 10% das farmácias revelou que os erros influenciaram a imagem que os utentes possuem da própria farmácia.

Nenhum dos erros que resultaram na devolução do receituário originou qualquer consequência para a segurança dos utentes. São os resultados deste estudo que suportam esta tese, em que a totalidade das farmácias (100%) reportou que nenhum dos erros gerou problemas para os utentes, ao nível da segurança.

Caracterização da farmácia média

Fazendo uma média dos valores médios obtidos ao longo dos três meses em análise, pode-se dizer que a farmácia “média” do concelho de Coimbra dispensa cerca de 2146 prescrições ($s=1046$), às quais corresponde um valor médio de faturação ao SNS de €32.208,93 ($s=14507,73$). No entanto, através da análise da tabela 7, pode dizer-se que metade das farmácias dispensa entre 771 e 1693 receitas, correspondentes a um valor faturado ao SNS que vai desde €11.500,07 até €27.437,35. A este valor subtrai-se, mensalmente, uma média de €336,65, ($s=192,38$) correspondente ao valor não processado pelo CCF e que vem acompanhado de uma média de 21 prescrições devolvidas ($s=11,22$). Depois da necessária correção, sobram normalmente cerca de 3 receitas irrecuperáveis ($s=1,48$), às quais corresponde um valor médio de €41,86 ($s=22,84$).

Tabela 7: Caracterização da farmácia “média”

		Média de receitas dispensadas	Média do valor faturado ao SNS	Média de receitas devolvidas	Médio do valor não processado pelo CCF	Média de receitas “irrecuperáveis”	Média do valor “irrecuperável”
Média		2146	€32208,93	21	€336,65	3	€41,86
Mediana		1693	€27437,35	19	€275,21	3	€46,46
Desvio-padrão		1046	€14507,73	11,22	€192,38	1,48	€22,84
Mínimo		771	€11500,07	5	€60,19	0	€0,00
Máximo		4127	€63184,79	49	€703,18	7	€84,50
Percentis	25	1438	€22953,99	12	€204,00	2	€20,20
	50	1693	€27437,35	19	€275,21	3	€46,46
	75	2959	€43164,14	27	€444,36	4	€58,37

Discussão

A investigação foi bem aceite pela maioria das farmácias. Apesar de ter sido assegurada a confidencialidade dos dados obtidos a cada um dos participantes, existem algumas reservas quando se trata de fornecer dados relativos à gestão financeira de cada uma das farmácias. Por este motivo, a taxa de resposta de 58% considera-se boa. Ainda assim, dado que na altura em que foi feita a chamada-lembrete, 33 dos 50 inquiridos responderam que já tinham enviado ou enviariam o questionário em breve, era esperado que se recebessem mais questionários preenchidos. Quanto às farmácias que não responderam, o facto de não quererem partilhar dados desta natureza pode realmente ter levado algumas das farmácias a não responderem ao questionário. Mas outros motivos poderão estar na origem da não resposta por parte das farmácias, como: algum “receio” em admitir o erro, a não contabilização do erro ou mesmo a escassez de recursos humanos.

O facto de uma farmácia ter sido encerrada durante a realização deste estudo vem reforçar a intensidade da crise que se vive atualmente e a necessidade de se estudar o impacto que as devoluções de receitas provocam nas farmácias comunitárias.

Coimbra, um concelho com uma rede de farmácias heterogénea

O concelho de Coimbra apresenta uma rede de farmácias bem distribuída geograficamente, o que se traduz numa prestação favorável de serviços aos utentes desta região. No entanto, é de notar a heterogeneidade das farmácias do concelho, no que toca à respetiva dimensão. A diferença entre o número de receitas dispensadas referentes ao SNS, e o valor de faturação que lhe corresponde vem comprovar este facto. No mesmo mês (abril de 2012), uma farmácia dispensou 794 prescrições enquanto outra farmácia dispensou um número de receitas quase dez vezes superior: 6142. Também em termos de valor faturado ao SNS as diferenças são notórias: em abril de 2012, o mínimo e o máximo faturados foram de €12,468.88 e €101,725.47, respetivamente. Correspondentemente, também o número de prescrições devolvidas e o respetivo valor confirmam esta ideia. Desta forma, consegue-se perceber a dinâmica de um concelho que, na sua razoável extensão, consegue englobar farmácias de grande dimensão, mas também farmácias de menor dimensão.

A semelhança do número de receitas irrecuperáveis descrito pelas múltiplas farmácias, assim como o valor que lhes corresponde, inversamente à heterogeneidade referida acima, vem comprovar o esforço evidenciado por parte de todas as farmácias, no sentido de reduzir ao

mínimo possível o impacto provocado pelas devoluções, em tempos que exigem o maior rigor na gestão financeira das farmácias.

A DCI, o CNPEM e as justificações técnicas no processo de dispensa de medicamentos

Nota-se alguma divisão no que toca às opiniões dos profissionais em relação à influência que a DCI e o CNPEM exercem no processo de dispensa de medicamentos. 34% dos inquiridos acredita que estas ferramentas vieram trazer dificuldades à dispensa de medicamentos enquanto que 52% pensa que vieram facilitar este procedimento. Em relação ao impacto destas medidas no que toca à devolução do receituário, verifica-se também a repartição das respostas (52% pensa que aumentou e 31% pensa que diminuiu). Além disso, o tempo de correção das prescrições aumentou depois da introdução da DCI e do CNPEM.

Também para os utentes, a implementação destas medidas tem trazido desvantagens: segundo os profissionais, aumentou o número de receitas não dispensadas, bem como o pagamento de medicamentos sem o direito à comparticipação, devido a erros na DCI/ CNPEM ou devido ao facto de os utentes desejarem um medicamento diferente do que foi prescrito.

Sabe-se que estas são medidas relativamente recentes, nomeadamente o CNPEM, facto que poderá ter influenciado as respostas. Este novo método de prescrição poderá até constituir um fator facilitador do processo de dispensa de medicamentos, por promover a autonomia dos profissionais e dos próprios utentes, na escolha do medicamento pretendido. No entanto, a implementação destes novos elementos não se encontra ainda otimizada – há situações que precisam de ser corrigidas, particularmente erros e imprecisões relacionados com o CNPEM (CNPEM que contempla diferentes formas farmacêuticas, CNPEM que não corresponde ao medicamento prescrito, MG que não correspondem ao mesmo grupo homogéneo,...), que criam dificuldades aquando da dispensa de medicamentos. A falta de acordo entre as entidades, isto é, entre o CCF e as associações representativas das farmácias – ANF e AFP – pode também contribuir para que seja devolvido um maior número de prescrições, devido a estes erros.

Ainda assim, grande parte dos profissionais (65%) referiu que a implementação da DCI e do CNPEM vieram permitir uma redução no número de erros de dispensa. Este resultado significa que, com as devidas alterações e correções, estas medidas têm potencial para serem, cada vez mais, um fator inibidor do número de erros e uma ferramenta que pode facilitar o processo de dispensa de medicamentos. Neste contexto, profissionais de farmácia, prescritores e CCF devem colaborar de forma sinérgica, o que nem sempre é fácil que aconteça, mas que traria vantagens, principalmente para o utente.

Relativamente às justificações técnicas, os profissionais possuem uma opinião clara. Não parecem restar dúvidas de que as exceções mencionadas pelos médicos vieram influenciar, de forma negativa, o ato da dispensa do medicamento, sendo um elemento que veio criar dificuldades, tanto aos profissionais de farmácia como aos utentes.

Os profissionais viram o tempo gasto na análise e correção do receituário ser aumentado – que se traduz num maior dispêndio de recursos humanos (isto numa altura em que as farmácias atravessam dificuldades extremas e se ouvem cada vez mais relatos de profissionais com os postos de trabalho em risco).

O recurso às exceções por parte dos médicos tem contribuído também para o alargamento do tempo gasto na elucidação dos utentes, quando estes não podem levar o medicamento pretendido, pelo simples facto de a receita apresentar mencionada uma das exceções. Mais uma vez se pode falar num maior consumo de recursos humanos.

Para além das implicações já mencionadas, as exceções indicadas pelos prescritores têm contribuído para o aumento do número de erros de dispensa – que se traduz num maior impacto do receituário devolvido. Os motivos de devolução relacionados com a invocação de exceções, frequentemente reportados, confirmam esta tese.

Os utentes, por seu turno, têm visto aumentar o número de situações em que o profissional responsável pelo seu atendimento se vê forçado a rejeitar o medicamento desejado, por este ser diferente do prescrito (a acrescentar à explicação “chata” que vem em conjunto com essa rejeição), sendo, cada vez com maior frequência, obrigados a pagar o medicamento pretendido na sua totalidade, devido à menção de exceções na receita médica.

Sabe-se que, para uma percentagem considerável de utentes, é importante dispensar sempre o mesmo medicamento (relativo a tratamento continuado) pois esta manutenção é responsável por um aumento da adesão à terapêutica. Em utentes iletrados, utentes que possam desconfiar do preço de medicamentos “muito baratos”, por exemplo, torna-se importante que o medicamento dispensado não varie, de modo a promover a adesão à terapêutica. Ora, a menção de exceções, relativas a medicamentos diferentes dos habituais, veio criar dificuldades a este processo e veio obrigar os utentes a pagarem os medicamentos pretendidos na sua totalidade.

Existem, efetivamente, alguns medicamentos portadores de índice terapêutico estreito pelo que, a utilização da exceção a) pode ser justificada, em casos pontuais. Veja-se um exemplo: a Agência Federal do Medicamento e Produtos de Saúde (FAMHP) da Bélgica publicou uma lista, onde são mencionados 31 fármacos avaliados como possuindo margem terapêutica estreita.⁽⁵⁵⁾

Curiosamente, na lista de medicamentos com índice terapêutico estreito, publicada pelo INFARMED, I.P., constam apenas 3 substâncias ativas: ciclosporina, levotiroxina sódica e tacrolímus.⁽³⁶⁾

Relativamente à exceção b), a Lei n.º 11/2012 refere que, para que a reação adversa prévia possa ser mencionada, terá obrigatoriamente que ter sido reportada ao INFARMED.⁽³⁶⁾ Ora, atendendo ao número de prescrições que chega às farmácias comunitárias, com a menção da exceção b) e à conhecida taxa de subnotificação de Reações Adversas a Medicamentos (RAM's) em Portugal,⁽⁵⁶⁾ é inevitável especular acerca da veracidade destas menções.

É sabido que Portugal enfrenta um momento de forte austeridade.⁽⁸⁾ De entre as várias medidas incluídas no Memorando de Entendimento com a Troika, assinado em 2011, destacam-se o “... controlo de custos no setor da saúde, (...), obtendo poupanças de 550 milhões de euros”.⁽²¹⁾ Ora, sabe-se também que o comércio de medicamentos em ambulatório, isto é, a farmácia comunitária tem sido a principal visada nesta política de redução de custos. As sucessivas reduções de preço dos medicamentos, impostas pelo Estado ou voluntárias dos próprios laboratórios, garantem desde logo a poupança no que respeita ao valor da comparticipação. A menção da exceção c) (continuidade de tratamento superior a 28 dias), ao obrigar à dispensa do medicamento prescrito ou outro mais barato, permite a poupança de recursos monetários por parte do utente. Todavia, caso o utente opte por outro medicamento, a redução de custos para o Estado é ainda mais significativa, uma vez que o encargo do medicamento é suportado inteiramente pelo utente.

Ora, assistiu-se, nos últimos tempos, a um “vulgarizar” da menção da exceção c). São frequentes as receitas que, contendo quatro medicamentos prescritos, contêm também a referência a quatro exceções e chegou-se até ao extremo de ver receitas prescritas através do CNPEM, com a menção da exceção c), o que não faz qualquer sentido. Assim, uma medida com fundamento positivo (redução de custos) tornou-se numa dor-de-cabeça, tanto para os profissionais de farmácia como para os próprios utentes, para além de constituir uma forma de retrocesso no que toca à implementação da prescrição por DCI, como referiram os profissionais.

É de esperar uma redução da alusão às justificações técnicas com uma melhoria na fiscalização, por parte das entidades reguladoras.

Relação da DCI, das justificações técnicas e do CNPEM com o receituário devolvido

O impacto das receitas devolvidas pelo CCF às farmácias de Coimbra foi analisado em 3 momentos: abril de 2012 – antes da implementação da prescrição por DCI e da prescrição através do CNPEM, março de 2013 – após a implementação da prescrição por DCI (altura em que se verifica também o início da referência a justificações técnicas, pelos prescritores) e antes da prescrição através do CNPEM, e setembro de 2013 – após a implementação das duas medidas já referidas, precisamente para se poder aferir qual a relação destas alterações com o número de receitas devolvidas.

Há alguns dados que saltam à vista: apesar de ténue, verificou-se uma redução do número de receitas devolvidas de abril de 2012 para março de 2013 – o que pressupõe que a implementação da prescrição por DCI poderá até ter resultado num menor número de prescrições devolvidas e, consequentemente, num menor impacto provocado por estas devoluções.

O mesmo não se pode afirmar relativamente à utilização do CNPEM: as diferenças estatisticamente relevantes encontradas entre os meses de abril de 2012 e setembro de 2013 e entre os meses de março de 2013 e setembro de 2013 revelaram um impacto significativamente maior (tanto em relação ao valor devolvido pelo CCF, como em relação ao valor irrecuperável) no último mês em análise, que se diferencia dos restantes dado que a utilização do CNPEM se encontrava já em vigor. Talvez por requerer um procedimento sinteticamente diferente, no que toca à utilização do sistema informático e à dispensa do medicamento em si, este novo método de prescrição veio aumentar o número de prescrições devolvidas e o impacto provocado por estas. . Neste contexto, o facto de a implementação do CNPEM se ter dado pouco antes da realização do estudo, sendo que os profissionais estariam ainda pouco familiarizados com este novo código, pode ter influenciado a perceção dos próprios profissionais em relação a esta medida e até o número de prescrições devolvidas, dado o período de adaptação que se atravessava. Seria interessante avaliar a perceção dos profissionais em relação a esta medida, numa altura posterior, na qual esses profissionais estariam já adaptados ao modo de atuar de acordo com a nova metodologia.

No entanto, para uma análise mais rigorosa, devem ser analisados os motivos que deram origem às devoluções nos diferentes espaços temporais, de modo a confirmar as hipóteses anteriormente adiantadas.

Motivos de devolução das prescrições

Ao efetuar a análise dos motivos de devolução, há um dado que salta, desde logo, à vista: os motivos que geraram o maior número de prescrições devolvidas foram o C024 e o D999. Além disso, é importante salientar que estes motivos se mantêm ao longo do tempo no topo dos motivos de devolução independentemente das alterações legislativas que tiveram lugar. Curiosamente, os motivos referidos não se relacionam com a prescrição por DCI, nem com a prescrição através do CNPEM, nem com a utilização de justificações técnicas. Estes dois erros são, muitas vezes, referidos em conjunto, pelo CCF e relacionam-se com a variação dos preços e da respetiva comparticipação.

Assim, é importante saber o que tem falhado no processo de verificação e conferência do receituário, para que estes erros continuem a ser referidos com uma frequência enorme, gerando grande quantidade de prescrições devolvidas. Ora, sabe-se que existe alguma dificuldade na deteção deste tipo de erros: as constantes alterações das margens e dos preços dos medicamentos, impostas pela entidade reguladora, levam a que os profissionais se deparem com frequentes períodos transitórios, em que se torna difícil saber qual o preço praticável pela farmácia, dado que existe um prazo de escoamento para as farmácias e um outro para os grossistas, o que provoca a coexistência de preços diferentes, dentro da própria farmácia; a alteração de preços por parte dos laboratórios e a existência, com *stock* elevado, de alguns produtos com rotatividade reduzida constituem também obstáculos, no que diz respeito à deteção dos referidos erros, quer no ato da dispensa dos medicamentos, quer na posterior correção das prescrições.

Ainda assim, pode haver outros fatores capazes de influenciar a ocorrência destes erros. A conferência que é realizada pelo farmacêutico ou técnico de farmácia poderá estar a ser feita de forma manual, isto é, o profissional poderá estar a analisar visualmente a receita (verificando se estão presentes os elementos necessários: assinatura do médico, assinatura do farmacêutico, data de dispensa, carimbo da farmácia,...), sem verificar o preço praticado no mês atual e a respetiva comparticipação, recorrendo ao sistema informático. Outra hipótese é a de que, mesmo acedendo ao sistema informático, os profissionais responsáveis pela conferência não estejam a dar o devido valor a esta “fonte de devoluções” e não confirmem se o valor faturado ao SNS está de acordo com o valor praticado no mês em questão. De qualquer das formas, há aqui uma janela de oportunidade, onde os profissionais podem intervir, com a ajuda do sistema informático –

através das teclas Shift + P e verificando se os preços aparecem a amarelo ou a vermelho,ⁱⁱⁱ – quer no momento da dispensa, quer no momento da conferência. Estes procedimentos podem ajudar à geração de sinal de “alarme” para os profissionais que, desta forma, estarão mais aptos a reduzir o número de prescrições devolvidas devido aos erros mencionados.

Os erros referidos, C024 e D999, podem ser incluídos na categoria de motivos de devolução originados por diferentes interpretações das regras, por parte do CCF e das próprias farmácias. Por vezes, estando no período transitório, em que as farmácias possuem um período de escoamento, a cedência de medicamentos a determinado preço devia ser aceite pelo CCF. O mesmo acontece no momento da reintrodução de receitas: aquando da cedência do medicamento, o preço praticado coincidia com o preço em vigor no corrente mês e, ainda assim, o CCF devolve as receitas correspondentes.

Os erros C005 (medicamento dispensado diferente do prescrito) e D146 (prazo de validade ultrapassado) foram também mencionados com uma frequência considerável e, uma vez mais, são transversais ao que acontece nos três meses em análise. Se, em relação ao primeiro – C005 – se pode dizer que a devolução de receitas contendo este erro pode ser devida à diferente interpretação das regras por parte dos profissionais de farmácia e do CCF, pelo menos em alguns casos, o segundo erro deve-se exclusivamente à falta de atenção/ concentração por parte dos profissionais que, em dois momentos – dispensa e correção – falharam na deteção deste erro.

O erro C005, apesar de se poder encontrar nos três meses analisados, poderá estar associado à utilização do CNPEM, nesta última fase. Sabe-se que este erro, à partida, exige uma nova receita para se poder faturar o medicamento que originou a devolução. No entanto, a receita poderá ser reintroduzida no sistema, sem o medicamento que levou ao erro.

Ora, sabendo que os erros acima mencionados se mantêm no topo dos motivos de devolução, ao longo dos três meses analisados, o que poderá estar na origem do facto de, em setembro, se ter assistido a um aumento considerável do número de prescrições devolvidas? À partida, a recente implementação do CNPEM e a elevada frequência da menção das justificações técnicas poderão explicar esta situação. De modo a responder a esta questão, analisem-se os motivos que originaram as devoluções.

Em primeiro lugar, há que referir que os erros relacionados com o preço dos medicamentos – D999 e C024 – foram mencionados com uma frequência substancialmente superior, em relação aos meses anteriores.

ⁱⁱⁱ Método válido para o software Sifarma (utilizado em todas as farmácias associadas à ANF) – software utilizado em 85% das farmácias de Coimbra, segundo estudo realizado em 2012.⁽⁵⁹⁾

No último mês em análise – setembro – é descrito pela primeira vez o erro C008 (Foi dispensado medicamento com preço superior ao PVP do medicamento prescrito com a justificação técnica c) e tendo sido exercido o direito de opção.), com uma frequência bastante elevada.

Em março de 2013, surge, com uma frequência considerável, um novo erro no quadro de devoluções, também relacionado com a exceção c): o C007 (Tendo sido aposta a justificação técnica c), não foi exercido o direito de opção aquando da dispensa de medicamento diferente do prescrito.) No entanto, em setembro de 2013, este erro é invocado com uma assiduidade surpreendente.

A frequência com que os erros C007 e C008 são mencionados pode ajudar a perceber de que forma é que o número de devoluções aumentou consideravelmente em setembro. Neste mês, o número de receitas corrigidas aumentou, tal como o valor correspondente. No entanto, é de assinalar o aumento do número de receitas “irrecuperáveis”. Sabe-se que o erro C007 permite a correção e reintrodução direta no sistema enquanto as receitas que contêm o erro C008 podem ser reintroduzidas, mas sem o medicamento que originou o erro, que exige uma nova receita. Neste caso, entre outros, a relação saudável mantida com os utentes, é de importância vital permitindo conseguir novas receitas, junto do médico, contribuindo para a minimização do valor das receitas irrecuperáveis.

O erro C021 (A embalagem de medicamentos dispensada ao utente ultrapassa a quantidade prescrita.), embora presente ao longo de todos os meses avaliados no estudo, revela-se também com maior frequência no mês de setembro. Este aumento poderá estar associado à utilização do CNPEM, uma vez que a devolução de receitas devido a diferenças no tamanho da embalagem prescrita (56 unidades) e da embalagem dispensada (60 unidades), aumentou após a implementação desta medida.

Embora com menor relevância, os erros C006 (relacionado com o CNPEM) e C009 (relacionado com a utilização das justificações técnicas) deram também o seu contributo para o aumento do receituário devolvido, no mês de setembro.

Estes dados vêm reforçar a ideia de que as exceções têm contribuído ativamente para o aumento do impacto do receituário devolvido para as farmácias. É importante que os profissionais, com as ferramentas que têm disponíveis (tecla *Enter*, tecla Espaço e tecla F8)^{iv}, sejam cada vez mais exigentes na análise destas justificações, com o objetivo de verem reduzido o número de prescrições devolvidas.

^{iv} Método válido para o software Sifarma, disponibilizado após a realização do estudo (março de 2014).

Também o CNPEM tem contribuído para o impacto do receituário devolvido às farmácias. O que poderá estar na origem destas devoluções é o facto de os profissionais cederem o medicamento e fazerem o respetivo tratamento no sistema informático, sem antes confirmarem o medicamento cedido com o CNPEM que lhe corresponde. É importante que os profissionais sejam alertados para esta medida de prevenção do erro, de modo a reduzir a ocorrência de erros no futuro.

No geral, erros relacionados com o CNPEM (C005 e C021) exigem a apresentação de uma nova receita, de modo a que o valor perdido seja recuperado. Sem uma nova receita, o valor correspondente a estes medicamentos tornam-se, de facto, irrecuperáveis. Assim, a implementação desta medida poderá ter vindo aumentar o número de receitas irrecuperáveis, mesmo tendo em conta o número de receitas recuperadas, verificado em setembro, altura em que foi introduzido o CNPEM. Receitas contendo o erro C006, apesar de este poder estar relacionado com o CNPEM, podem ser reintroduzidas no sistema após correção. No entanto, este erro foi mencionado em número bastante inferior, relativamente aos anteriores.

Os sistemas informáticos utilizados nas farmácias, em constante adaptação, têm sido diversas vezes atualizados, no sentido de melhor responderem às necessidades dos utilizadores. Neste contexto, é essencial que os profissionais tirem o máximo proveito das ferramentas disponíveis, com o objetivo de minimizar a ocorrência de erros, mesmo com o período de adaptação que cada atualização carrega consigo.

A redução da incidência de erros como o D050 (A receita não se encontra no lote correto.) e o D081 (A receita não possui a assinatura do farmacêutico.), que se relacionam com a falta de atenção/ concentração dos profissionais, podem querer desvendar uma maior atenção dos profissionais, para erros que já vinham sendo cometidos com alguma frequência.

Para além destes, há uma boa parte de erros, que podem ser associados à falta de atenção/ ineficácia dos profissionais, relativamente ao ato de dispensa do medicamento e/ ou à posterior correção da prescrição: D146, D167, D059, D156, D079, C007, D145, C006, C015, C008, C009. Contudo, os motivos de devolução mencionados com maior frequência poderão estar relacionados com diferentes interpretações quanto às regras de dispensa, por parte dos profissionais de farmácia e por parte dos membros do CCF: C024, D999, C021, entre outros.

Integrar profissionais de farmácia, que conhecem o meio em que estão inseridos, na equipa do CCF, poderia facilitar a comunicação entre profissionais e este organismo que, possivelmente, resultaria numa diminuição do impacto do receituário que é devolvido às farmácias comunitárias.

Prescrições manuais

É conhecida a redução significativa do número de prescrições manuais dispensadas nas farmácias portuguesas a que se tem assistido nos últimos tempos. Atendendo ao número cada vez mais reduzido do número de receitas manuais que chegam à farmácia, não deixa de ser significativo o facto de 7,7% do total de receitas devolvidas corresponder a prescrições manuais. Sabendo do potencial elevado que as prescrições manuais possuem de causar erros de dispensa,⁽⁵⁷⁾ é importante que os profissionais dediquem atenção redobrada a estas receitas, quer durante a dispensa do medicamento, quer durante a correção da receita.

Influência da conferência do receituário e da quantificação do erro no número de prescrições devolvidas

Todas as farmácias referiram conferir as receitas antes de as mesmas serem enviadas para o CCF. No entanto, há diferenças no que toca a este processo de análise. Detetaram-se diferenças estatisticamente significativas entre farmácias que efetuavam a conferência apenas uma vez e farmácias que o faziam três vezes, relativamente ao mês de abril. Este resultado vem demonstrar que reforçar a conferência do receituário pode trazer benefícios às farmácias, que podem ver o número de receitas devolvidas a ser minimizado e, conseqüentemente, o impacto provocado pelo receituário devolvido a ser reduzido.

Menos de um terço das farmácias revelou quantificar o número de erros que resultam em devoluções. Este resultado pode significar que o receituário devolvido não figura na lista das preocupações maiores das farmácias de Coimbra. Curiosamente, 93% dos inquiridos classificou o impacto do receituário devolvido como sendo significativo ou muito significativo. Assim, nota-se aqui alguma contradição entre a perceção dos profissionais acerca do erro e aquilo que tem sido feito para o evitar.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre farmácias que quantificam o erro e farmácias que não o fazem, esta quantificação poderia tornar-se uma ferramenta importante, se fosse utilizada como estratégia de análise e prevenção dos erros. Como foi referido anteriormente, os principais motivos de devoluções mantêm-se ao longo do tempo. Será que as farmácias têm noção desta realidade? Intervenções ao nível das causas do erro ou mesmo ao nível dos próprios colaboradores, poderiam reduzir o número de erros.

Impacto económico do receituário devolvido

Em tempos nada favoráveis para as farmácias portuguesas, nomeadamente para as farmácias de Coimbra, surgiu a ideia de avaliar de que forma é que o receituário devolvido tem contribuído para perturbar a gestão financeira das farmácias. Ao analisar os resultados deste estudo, percebe-se que as devoluções possuem, de facto, alguma relevância do ponto de vista financeiro. Os valores máximos devolvidos de €925,22, €1026,26 e €1202,37, em abril de 2012, março de 2013 e setembro de 2013, apresentam, sem dúvida, um impacto significativo para a gestão das respetivas farmácias. Em termos percentuais, os máximos de 2,3%, 2,49% e 4,36%, para os meses em análise, confirmam a mesma ideia. Analisando as médias do valor devolvido, que andaram entre €269,10 e €517,58, e as percentagens médias do impacto, que variaram entre 0,84% e 1,62%, pode-se afirmar que, dado o clima de recessão económica em que as farmácias se encontram mergulhadas, as devoluções e o valor monetário que lhes corresponde não podem ser ignorados.

É de salientar, no entanto, a forte recuperação em valor que as farmácias conseguem, após o reenvio das prescrições passíveis de serem corrigidas, chegando a um máximo de €1004,11, verificado em setembro de 2013. Em termos globais, as farmácias conseguem recuperar grande parte do valor não processado, após o reenvio das prescrições devolvidas: uma grande fatia de farmácias conseguiu aproximar o impacto económico dos 0%, após correção e reenvio das prescrições devolvidas e algumas farmácias conseguiram mesmo recuperar a totalidade do valor não processado pelo CCF. Desta forma, após um esforço prestado pelos respetivos colaboradores, as farmácias conseguem reduzir significativamente o impacto do receituário devolvido. Ainda assim, verificaram-se casos pontuais, em que o impacto final não deve ser desconsiderado: exemplo disso é o máximo irrecuperável de €270,69, atingido em abril de 2012.

Assim, pode afirmar-se que, apesar de o impacto provocado pelas prescrições devolvidas ser significativo, as farmácias, de forma geral, conseguem diminuir consideravelmente o valor não processado e fazer com que o valor do impacto económico após a correção e reenvio das receitas seja reduzido. Sabe-se que há receitas que podem ser reintroduzidas no sistema, nas quais o medicamento que esteve na origem da devolução não é faturado, facto que pode explicar o reduzido impacto económico que se verifica depois desta reintrodução. A acrescentar a este facto, se se tiver em conta as constantes reduções de preço que os medicamentos têm sofrido, a juntar ao PVP já por si “baixo” de grande parte dos MG, torna-se compreensível o impacto limitado que as receitas irrecuperáveis possuem. Contudo, não se deve relegar para segundo

plano o tempo despendido pelos profissionais nesse processo (correção de erros e reintrodução das receitas devolvidas no sistema). Quase metade das farmácias revelou que são despendidas mais de 2 horas neste procedimento. Se, ao valor “irrecuperável” pelas farmácias, se adicionar o custo por minuto do(s) colaborador(es) responsável(is) pela correção e reintrodução do receituário devolvido, o impacto “final” poderá ser mais significativo do que se poderia pensar, numa fase inicial.

Quando questionados acerca da perceção que tinham acerca do impacto económico do receituário devolvido, uma pequena minoria dos inquiridos referiu que estas devoluções apresentam impacto pouco significativo para a gestão financeira das farmácias. Uma esmagadora maioria de 93% mencionou que o impacto é, pelo menos, significativo. 38% dos profissionais avaliaram o impacto destas devoluções como sendo muito significativo. Estes resultados são reveladores da grande importância que os erros e as correspondentes devoluções de receituário possuem no quotidiano dos profissionais que se encontram ao balcão de uma farmácia comunitária. No entanto, não deixa de ser curioso se se comparar a opinião dos profissionais com o impacto quase nulo verificado em algumas farmácias.

Implicações das prescrições devolvidas

Recursos humanos

O facto de apenas 7% das farmácias despendem menos de 1 hora na correção de erros relacionados com as receitas devolvidas revela a quantidade de tempo que é gasta neste processo. Quase metade das farmácias referiu empregar mais de 2 horas na correção de erros relacionados com as prescrições devolvidas, o que se traduz num consumo elevado de recursos humanos, para além do tempo que já foi despendido na análise das receitas (antes do envio para o CCF). No entanto, numa altura em que as farmácias enfrentam um dos maiores (senão o maior) climas de recessão vividos no setor, o consumo de recursos humanos utilizado nesta tarefa é compensado pelos ganhos monetários originados pela correção e reenvio do receituário devolvido.

Não houve quaisquer consequências disciplinares para os profissionais responsáveis pela ocorrência do erro. Os proprietários e diretores técnicos das farmácias conhecem o sistema em que estão inseridos e, por esse motivo, sabem que farmacêuticos, técnicos de farmácia e auxiliares estão sujeitos a mudanças constantes no seu modo de operar, o que provoca o aumento da probabilidade de ocorrência do erro. Desta forma, quaisquer advertências devem ser

realizadas de forma construtiva, para que o colaborador em questão aprenda com o erro e o evite, nas ocasiões seguintes.

Os utentes e a imagem da farmácia

A variabilidade que caracteriza a rede de farmácias do concelho de Coimbra não invalida que estas tenham um atributo em comum: no geral, estes estabelecimentos são pontos de confiança e os utentes sentem-se seguros através da relação estabelecida com os profissionais. O facto de um profissional ter de contactar determinado utente, devido a um erro na respetiva prescrição não é uma situação rara. Quando inquiridos se “Algum dos erros apresentou consequências para a imagem da farmácia?”, apenas 10% respondeu que sim. Este resultado pode ser revelador do grau de confiança que os utentes depositam nos profissionais de farmácia comunitária e vem confirmar a ideia de que a imagem da farmácia e dos profissionais não é afetada pelo simples facto de ter ocorrido um erro, mesmo que a responsabilidade seja do profissional. Aliás, a confiança que o utente deposita na farmácia e nos seus colaboradores pode ser, inclusivamente, reforçada devido à deteção precoce do erro e à sua imediata correção.

Não foi reportada qualquer consequência para os utentes, relativamente à segurança dos mesmos. De todos os erros mencionados neste estudo como estando na origem das devoluções, apenas dois poderiam trazer consequências para a saúde dos utentes. São eles: o C005 e o C021. Em relação ao primeiro (“O medicamento dispensado pela Farmácia não coincide com aquele que foi prescrito”), a prescrição eletrónica e respetiva impressão em formato de papel veio reduzir significativamente o risco que se corria ao dispensar receitas manuais, muitas vezes dúbias. Sabe-se que este erro é mencionado, por exemplo, quando se dispensa um medicamento que não faz parte do grupo homogéneo daquele que vem prescrito mas que possui o mesmo princípio ativo e a mesma dosagem. Relativamente ao C021, que indica que “A embalagem de medicamentos dispensada ao utente ultrapassa a quantidade prescrita.”, é do conhecimento dos profissionais que este erro é mencionado quando, por exemplo, é dispensada uma embalagem de 60 unidades e foi prescrita uma embalagem de 56 unidades. Ora, se à primeira vista, este erro poderia trazer algumas consequências para os utentes, o facto de se dispensar uma embalagem de 60 cápsulas, ao invés de fornecer uma embalagem de 56, não apresenta qualquer risco para o utente.

Ao fazer a análise dos motivos de devolução, percebe-se que é significativamente maior a presença de erros “administrativos”, isto é, erros relacionados com preço, data, assinatura, troca de lote, exceções, entre outros, relativamente à presença de erros “técnicos”, como a troca de dosagem, forma farmacêutica ou troca do próprio medicamento. Este facto pode justificar a ausência de erros com impacto na qualidade de vida dos utentes.

Além disso, a conferência das receitas dispensadas feita pelos profissionais, nalguns casos no mesmo dia em que a dispensa teve lugar, reduz, desde logo o risco associado a qualquer erro de dispensa, como a troca de um medicamento ou a troca de dosagem de determinado fármaco. Uma vez detetado o erro, o profissional tenta entrar em contacto imediato com o utente, de modo a alertar o mesmo para o sucedido.

Limitações do estudo

Este estudo possui algumas limitações, tais como:

- O facto de a amostra ser relativamente pequena, dado que dificultou a escolha dos testes estatísticos a utilizar;
- O desconhecimento do número de colaboradores que exercem funções em cada uma das farmácias, pois saber qual o número de profissionais que trabalham nas farmácias permitiria diferenciar alguns resultados;
- O facto de não se ter questionado o tempo que é despendido pelos profissionais na conferência do receituário, antes de este ser enviado para o CCF. Seria mais um dado interessante a adicionar a esta investigação.
- A utilização conjunta da DCI e do CNPEM, na pergunta que diz respeito à opinião dos profissionais em relação à influência destes elementos no processo de dispensa de medicamentos, pode ter influenciado as respostas, uma vez que pode haver profissionais que concordam com a introdução da primeira “ferramenta” e discordam da segunda, por exemplo.

Originalidade do estudo e suas implicações

O facto de este ser um estudo original torna quase inacessível a comparação com outros estudos relacionados com o mesmo tema. A análise e confrontação com resultados de estudos semelhantes ficam, deste modo, comprometidas. No entanto, este estudo pode servir como ponto de partida para a investigação aprofundada dos tópicos abordados, nomeadamente a DCI, o CNPEM, as justificações técnicas e o próprio impacto que o receituário devolvido representa para as farmácias.

Conclusão

Mais de metade dos profissionais acredita que a DCI e o CNPEM vieram facilitar o processo de dispensa de medicamentos. Relativamente à DCI, acredita-se que esta medida

poderá até ter reduzido o número de prescrições devolvidas e o impacto económico provocado pelas mesmas. Já o CNPEM, tem contribuído para o aumento do número de devoluções e para o consequente impacto económico. No entanto, o estudo foi realizado pouco tempo após a implementação desta medida, pelo que se prevê que este resultado não tenha tradução no futuro. É de esperar que, no futuro, o CNPEM se torne um fator facilitador da dispensa de medicamentos.

Através da realização deste estudo, tornou-se claro que a menção das justificações técnicas por parte dos prescritores veio influenciar, de forma negativa, o ato da dispensa do medicamento, sendo um elemento que veio criar dificuldades, tanto aos profissionais de farmácia como aos utentes. As exceções indicadas pelos prescritores têm também contribuído para o aumento do número de erros de dispensa – que se traduz num maior impacto do receituário devolvido. Os motivos de devolução relacionados com a invocação de exceções, frequentemente reportados, confirmam esta tese. Ainda assim, é de esperar que o impacto do receituário devolvido devido à menção de justificações técnicas vá diminuindo, com uma melhoria na fiscalização, por parte das entidades reguladoras e graças à gradual adaptação dos profissionais a estes elementos.

Os valores médios não processados pelo CCF de €266,24, €241,06 e €517,58, em abril de 2012, março de 2013 e setembro de 2013, respetivamente, apresentam um impacto significativo para a gestão financeira das respetivas farmácias, tendo havido devoluções que chegaram aos €1.202,37. Deve referir-se, no entanto, a forte recuperação em valor que as farmácias conseguem, após o reenvio das prescrições passíveis de serem corrigidas ou que são faturadas novamente, sem o medicamento que gerou a devolução. Desta forma, após um esforço prestado pelos respetivos colaboradores, as farmácias conseguem reduzir significativamente o impacto do receituário devolvido. Assim, pode declarar-se que, apesar de o impacto provocado pelas prescrições devolvidas ser significativo, as farmácias, de forma geral, conseguem diminuir consideravelmente o valor não processado e fazer com que o valor do impacto económico após a correção e reenvio das receitas seja reduzido. Contudo, o tempo despendido pelos profissionais na correção de erros e reintrodução das receitas devolvidas no sistema é significativo e não deve ser ignorado.

Existe um grupo de erros que pode ser associado à falta de atenção/ ineficácia dos profissionais, relativamente ao ato de dispensa do medicamento e/ ou à posterior correção da prescrição: D050, D081, D146, D167, D059, D156, D079, C007, D145, C006, C015, C008, C009. Contudo, os motivos de devolução mencionados com maior frequência poderão estar

relacionados com a diferença de interpretações quanto às regras de dispensa, por parte dos profissionais de farmácia e por parte dos membros do CCF: C024, D999.

Aumentar o número de correções do receituário pode trazer benefícios às farmácias, através da redução do número de prescrições devolvidas. O facto de se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas entre farmácias que conferem as receitas apenas uma vez e farmácias que o fazem três vezes vem dar razão a esta ideia. Quanto à quantificação do erro, atendendo à permanência do mesmo tipo de erros no topo dos motivos de devolução, concluiu-se que este método poderá levar à minimização do número de prescrições devolvidas às farmácias, uma vez que poderá sinalizar potenciais causas de erro frequente e levar à intervenção junto dessas causas ou mesmo junto dos próprios colaboradores.

21% dos profissionais referiu que os erros que originam as devoluções podem envolver trocas monetárias com os utentes. No entanto, apenas 10% dos profissionais admitiu que erros que estão na origem das devoluções podem colocar em causa a imagem da farmácia. Este resultado é revelador do grau de confiança elevado que existe entre profissionais de farmácia e utentes.

Não foi reportada qualquer consequência para os utentes, relativamente à segurança dos mesmos, devido aos erros que originaram as devoluções do receituário. A conferência das receitas dispensadas feita pelos profissionais, nalguns casos no mesmo dia em que a dispensa teve lugar, reduz, desde logo, o risco associado a qualquer erro de dispensa do tipo troca de um medicamento ou troca de dosagem de determinado fármaco. Além disso, atendendo aos motivos de devolução, sabe-se que existe a preocupação, por parte de quem corrige o receituário, em focar a atenção em erros técnicos, como trocas de medicamento ou trocas de dosagem, fator que pode também explicar o reduzido (ou mesmo nulo) impacto que estes erros provocam na saúde dos utentes.

Espera-se que, com a realização deste estudo, as farmácias tomem conhecimento das causas de devolução do receituário e adotem estratégias de redução do número de erros e aumentem a eficácia no processo de correção, minimizando o impacto das receitas que são devolvidas às farmácias.

Este é um estudo original, que trata assuntos significativamente atuais e pertinentes. Assim, torna-se importante continuar a investigar os temas abordados, como a DCI, o CNPEM, as justificações técnicas mencionadas pelos prescritores, bem como o impacto provocado pela devolução das prescrições.

Em 2010, Marie Chisholm-Burns disse que “a crise é uma coisa realmente terrível para desperdiçar”. Neste contexto, as farmácias não devem desperdiçar esta crise. Concluindo, as farmácias, apesar do intenso clima de recessão económica em que estão mergulhadas, devem “adaptar-se, evoluir, crescer, aprender e melhorar para facilitar a sustentabilidade a e a viabilidade a longo prazo”, sabendo que possuem importância vital para os utentes.⁽⁵⁸⁾

Referências

1. Anderson S. The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. J Interprof Care. 2002;16(4):391–404.
2. Pita JR. A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. Debater a Europa. 2010;38–55.
3. Instituto Nacional de Estatística IP. Portugal em Números 2010. 2010 p. 1–44.
4. Benatar SR, Gill S, Bakker I. Global health and the global economic crisis. Am J Public Health. 2011;101(4):646–53.
5. Banoob SN. Minimizing the health impacts of the global financial crisis. J Public Health Policy. 2009;30(2):243–7.
6. Labonté R. The Global Financial Crisis and Health : Scaling Up Our Effort Fair share. Can J Public Heal. 2009;100(3):173–5.
7. Saúde OP dos S de. Crise & Saúde - Um país em sofrimento. Relatório de Primavera 2012. 2012.
8. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet. Elsevier Ltd; 2013;381(9874):1323–31.
9. Tsoulfas G. The impact of the European financial crisis on clinical research within the European union or “when life gives you lemons, make lemonade”. Hippokratia. 2012;16(1):6–10.
10. Barros PP, Machado SR, Simões JDA. Portugal - Healh system review. Eur Obs Heal Syst Policies. 2011;13(4).
11. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 134/2005. Diário da República. 1.ª Série - N.º 156 - 16 de Agosto de 2005.
12. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 307/2007. Diário da República. 1.ª Série - N.º 168 - 31 de Agosto de 2007.
13. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 53/2007. Diário da República. 1.ª Série - N.º 48 - 8 de Março de 2007;.
14. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 129/2005. Diário da República. 1.ª Série - N.º 154 - 11 de Agosto de 2005.

15. Ministério da Saúde (Portugal). Portaria n.º 30-B/2007. Diário da República, de 5 de Janeiro. Diário da República n.º 4. 2007;(4):1.ª Série.
16. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 112/2011. Diário da República. 1.ª Série - N.º 229 - 29 de Novembro de 2011.
17. Ministério da Saúde (Portugal). Portaria n.º 352/2012. Diário da República. 1.ª Série - N.º 210 - 30 de outubro de 2012.
18. Barros PP, Martins B, Moura A. A economia da farmácia e o acesso ao medicamento. Assoc Nac das Farmácias. 2012;
19. Ministérios da Economia e da Saúde (Portugal). Despacho conjunto n.º 865-A/2002. Diário da República. 2.ª Série - N.º 281 - 5 de Dezembro de 2002.
20. Barros PP, Nunes LC. The impact of pharmaceutical policy measures: an endogenous structural-break approach. Soc Sci Med. 200;71(3):440–50.
21. Mechanism EFS. Portugal: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality. 2011 p. 1–34.
22. Barros PP. Pharmaceutical market reforms in Portugal under the Memorandum of Understanding. Eurohealth (Lond). 2012;18(1):33–6.
23. Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, Joncheere K De. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. South Med Rev. 2011;4(2):69–79.
24. Ministério da Saúde (Portugal). Decreto-Lei n.º 19/2014. Diário da República. 1.ª Série - N.º 25 - 5 de fevereiro de 2014.
25. Rodrigues V, Ribeiro T, Silva S, Vasconcelos H. A situação concorrencial no sector das farmácias. Porto Cent Estud Gestão e Econ Apl Católica Port. 2005;
26. Barros PP, Martins B, Moura A. Evolução do sector das farmácias – revisitar o estudo “ A situação concorrencial no sector das farmácias ” de 2005. GANEC, Nov Sch Bus Econ. 2012;
27. Hou X, Velényi E V., Yazbeck AS, Iunes RF, Smith O. Learning from Economic Downturns: How to Better Assess, Track, and Mitigate the Impact on the Health Sector. The World Bank; 2013.
28. Saúde M da, INFARMED IP, ACSS IP. Normas técnicas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. 2012.
29. Saúde M da, INFARMED IP, ACSS IP. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. 2012.
30. Ministério da Saúde (Portugal). Portaria n.º 24/2014. Diário da República. 1.ª Série - N.º 22 - 31 de Janeiro de 2014.
31. Saúde M da. Centro de Conferência de Faturas [Internet]. 2013 [acedido em Novembro de 2013]. Disponível em: <https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico/InformacaoInstitucional>.
32. ACSS IP. Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS. 2013.

33. Saúde M da, INFARMED IP. Estatística do medicamento 2010. 2012.
34. Antão AA, Grenha CM. Avaliação Económica e Financeira do Setor das Farmácias. 2012.
35. Ministério da Saúde (Portugal). Despacho n.º 23/95. Diário da República. 2.ª Série - N.º 202 - 1 de Setembro de 1995.
36. Ministério da Saúde (Portugal). Lei n.º 11/2012. Diário da República. 1.ª Série - N.º 49 - 8 de Março de 2012.
37. Ministério da Saúde (Portugal). Despacho n.º 11254/2013. Diário da República. 2.ª Série - N.º 167 - 30 de Agosto de 2013.
38. Rupp MT, Warholak TL. Evaluation of e-prescribing in chain community pharmacy: best-practice recommendations. J Am Pharm Assoc (2003). 2008;48(3):364–70.
39. Protti D, Wright G, Treweek S, Johansen I. Primary care computing in England and Scotland : a comparison with Denmark. Inform Prim Care. 2006;14(2):93–9.
40. Kaushal R, Kern LM, Barrón Y, Quaresimo J, Abramson EL. Electronic prescribing improves medication safety in community-based office practices. J Gen Intern Med. 2010;25(6):530–6.
41. Brooks P, Sonnenschein C. E-prescribing: where health information and patient care intersect. J Heal Inf Manag. 2010;24(2):53–9.
42. Motulsky A, Winslade N, Tamblyn R, Sicotte C. The impact of electronic prescribing on the professionalization of community pharmacists: a qualitative study of pharmacists' perception. J Pharm Pharm Sci a Publ Can Soc Pharm Sci Société Can des Sci Pharm. 2008;11(1):131–46.
43. Ministério da Saúde (Portugal). Portaria n.º 198/2011. Diário da República. 1.ª Série - N.º 96 - 18 de Maio de 2011.
44. Organization WH. Guidelines on the use of International Nonproprietary Names (INNs) for pharmaceutical substances. Programme on International Nonproprietary Names (INN). 1953.
45. Lobo F, Feldman R. Generic drug names and social welfare. J Heal Polit Policy Law. 2013;38(3):573–97.
46. Think INN, prescribe INN, dispense INN: good professional practice. Prescrire Int. 2000;9(50):184–90.
47. Organization WH. Pharmaceutical policy measures, implemented in response to the recession, in Europe 2012/2013. WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies. 2013
48. Ministério da Saúde (Portugal). Despacho n.º 4322/2013. Diário da República. 2.ª série - N.º 59 - 25 de março de 2013.
49. Lu C, Roughead E. Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. Int J Clin Pr. 2011;65(7):733–40.
50. Cohen MR. Medication Errors. American Pharmacists Association; 2007.

51. Airaksinen M, Otero MJ, Schmitt É, Cousins D, Gustafsen I. Creation of a better medication safety culture in Europe: building up safe medication practices. Council of Europe Expert Group on Safe Medication Practices Expert Group on Safe Medication Practices (P-SP-PH/SAFE). 2006.
52. Kaushal R, Bates DW. Information technology and medication safety: what is the benefit? Qual Saf Health Care. 2002 Oct;11(3):261–5.
53. Portugueses AN de M. Coimbra. Municípios de A a Z [Internet]. [acedido em Outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.anmp.pt/anmp/pro/mun1/mun101w3.php?cod=M3000>.
54. Hochman B, Nahas FX, Filho RS de O, Ferreira LM. Research designs. Acta Cirúrgica Bras. 2005;20(2).
55. Health BFA for MA, Products. International Non-Proprietary Name (INN) Prescription. 2011.
56. Herdeiro MT, Ferreira M, Ribeiro-vaz I, Polónia JJ. O Sistema Português de Farmacovigilância. Acta Med Port. 2012;25(4):241–9.
57. Marwaha M, Marwaha RK, V JWPSS, Bohar A, Pin H, Dayanand M. A retrospective analysis on a survey of handwritten prescription errors in general practice. Int J Pharm Pharm Sci. 2010;2(3):80–2.
58. Chisholm-burns MA. A Crisis Is a Really Terrible Thing to Waste. Am J Pharm Educ. 2010;74(2):15–8.
59. Lopes J, Joaquim J, Cruz R, Matos C, Pires T, Rocha M. Medications erros in community pharmacy: assessing the perception of pharmacy professionals. 2012. (Artigo redigido no âmbito da Licenciatura em Farmácia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, não publicado em revista indexada).

Anexo 1 – Questionário distribuído às farmácias

Avaliação do impacto económico do receituário devolvido para as farmácias comunitárias

No actual contexto de crise em que o país se encontra, bem como o próprio sector farmacêutico – centenas de farmácias comunitárias portuguesas correm o risco de fechar – torna-se importante avaliar o impacto económico do receituário que é, mensalmente, devolvido às farmácias.

Na presente conjuntura de profundas alterações legislativas no âmbito das regras de prescrição e dispensa de medicamentos, este estudo incidirá sobre a análise do número de receitas devolvidas pelo Centro de Conferência de Facturas (CCF) às farmácias comunitárias do concelho de Coimbra e o valor que corresponde a essas devoluções pretendendo-se, desta forma, calcular o impacto económico que este valor representa para as farmácias. Pretende-se também analisar os tipos de erros que acontecem com mais frequência e avaliar a implementação de medidas como a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e através do Código Nacional para a Prescrição Electrónica de Medicamentos (CNPEM), em relação ao número de prescrições devolvidas pelo CCF.

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Trabalho de Projecto Original, do Mestrado em Farmácia – Especialização em Farmacoterapia Aplicada, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. A investigação está a ser conduzida pelo mestrando José Lopes, sob orientação científica da Mestre Carmen Monteiro e coorientação do Prof. Adjunto João José Joaquim.

A sua participação é fundamental para a elaboração do presente estudo e para a compreensão do estado actual das farmácias do concelho de Coimbra. O questionário é **anónimo** e os dados obtidos destinam-se à realização do estudo em questão. Obrigado pela colaboração!

Nota: Poderá ser necessário recorrer ao programa informático utilizado na farmácia e ao documento referente ao resultado da conferência de facturas, enviado pelo CCF, para o preenchimento do questionário.

1. Na sua Farmácia, o receituário é conferido antes de ser enviado ao CCF?

(Se sim, passe à questão 2. Se não, passe à questão 3)

☐ Sim ☐ Não

2. Qual o número de vezes em que se verifica essa conferência?

3. A Farmácia quantifica o número de erros que resultam em receitas devolvidas?

☐ Sim ☐ Não

4. Relativamente ao mês de Abril de 2012 (anterior à prescrição por DCI), indique:

- o número total de receitas referentes ao SNS que foram dispensadas.

- o número de receitas devolvidas pelo CCF.



- (Indique os códigos que aparecem com mais frequência nos resultados de conferência de facturas e o número de vezes que o erro foi mencionado – exemplo: D999, 10)

[illegible]

- | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | € |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

- | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | € |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|
| | | | | | | . | | | € |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|

--	--	--	--

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

- (Indique os códigos que aparecem com mais frequência nos resultados de conferência de facturas e o número de vezes que o erro foi mencionado – exemplo: D999, 10)

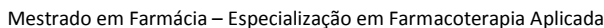
[illegible]

- | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | € |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

- | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | € |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

51



--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

(Indique os códigos que aparecem com mais frequência nos resultados de conferência de facturas e o número de vezes que o erro foi mencionado – exemplo: D999, 10)

								€
--	--	--	--	--	--	--	--	---

						.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

 €

--	--	--	--

								€
--	--	--	--	--	--	--	--	---

☐ Menos de 30 minutos ☐ De 30 minutos a 1 hora ☐ De 1 a 2 horas ☐ Mais de 2 horas

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

8. Considera que a prescrição por DCI e o código CNPEM contribuíram para:

(Risque a opção que considera errada. Marque a opção “Não aplicável” se considera ambas as opções erradas.)

- *Facilitar / Dificultar* o acto da dispensa de medicamentos. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o número de erros. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o tempo despendido na correcção. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o impacto económico das “receitas devolvidas”. ☐ Não aplicável
- *O aumento / A diminuição* do número de receitas não aceites pelo profissional de farmácia devido a erros na DCI/código CNPEM. ☐ Não aplicável
- *O aumento / A diminuição* do número de utentes que efectuaram o pagamento dos medicamentos, por inteiro (mesmo com prescrição). ☐ Não aplicável

9. Considera que o actual regime de excepções tem contribuído para:

(Risque a opção que considera errada. Marque a opção “Não aplicável” se considera ambas as opções erradas.)

- *Facilitar / Dificultar* o acto da dispensa de medicamentos. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o número de erros. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o tempo despendido na correcção. ☐ Não aplicável
- *Reduzir / Aumentar* o impacto económico das “receitas devolvidas”. ☐ Não aplicável
- *O aumento / A diminuição* do número de receitas não aceites pelo profissional de farmácia devido à presença de excepções. ☐ Não aplicável
- *O aumento / A diminuição* do número de utentes que efectuaram o pagamento dos medicamentos, por inteiro (mesmo com prescrição). ☐ Não aplicável
- *Um retrocesso / Um progresso* na implementação da prescrição por DCI? ☐ Não aplicável

10. Considera que a devolução do receituário apresenta para a farmácia um impacto:

- ☐ Nada significativo ☐ Pouco significativo ☐ Significativo ☐ Muito significativo

11. Prevê-se para Novembro a desmaterialização das prescrições médicas. Qual o impacto esperado desta medida?
